

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Robin Aleks Jõgi

**KAS SINU NAABER ON VEEL ELUS? – EAKATE INIMESTE DEPRESSIOON
EESTIS LÄBI SOTSIAALTÖÖ JA VAIMSE TERVISE SPETSIALISTIDE
KOGEMUSTE**

Magistritöö

Juhendaja: Hans van Ewijk, PhD

Kaasjuhendaja: Reeli Sirotkina, MSW

Tartu 2020

Käesolevaga kinnitan, et olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Robin Aleks Jõgi

25.05.2020

Abstract

Is your neighbour still alive? – Depressive elderly people in Estonia through the experience of social work and mental health specialists

The aim of the master's thesis is to provide an overview of the situation of elderly people with depression in Estonia through the experiences of social work and mental health specialists. The topic is relevant because it draws attention from young to older people, who have been studied very little in the Estonian context. This is a very wide-ranging problem, as the proportion of older people in the population is growing every year, and by 2030, depression may be the biggest cause of the disease burden in the whole society.

The three main research questions were:

1. How do social work and mental health professionals feel about the high level of depression in the elderly in their daily work?
2. What are the concerns about the treatment of depression among the elderly according to social work and mental health professionals?
3. What are the reasons for the large number of elderly people with depression in Estonian society according to social work and mental health specialists?

The research evidences were the following:

- Depression does not have a common definition, so professionals have to interpret it themselves
- Depression levels in the elderly are underdiagnosed
- Older people consider it a taboo subject
- Depression in the old age is not inevitable
- In old age, people are more likely to be confronted with sudden life-changing events – many elderly are not able to cope adequately with those events and has not learned to accept old age with dignity
- A coherent and consistent intervention seems to be the best intervention for elderly depressed people, however clients might not receive a quality service because of the ignorance and attitudes of both the patient and professionals

- Services that would benefit an elderly person with depression are not sufficiently available, are underfunded or are economically overwhelming
- Loneliness is one of the major causes of depression and could be alleviated through collective action and socialization, but when leisure time is seen as entertainment and not as a context for effective intervention, then the state sends a message that the problem is not recognized
- Mental health was a stigmatized field during the Soviet era, and references to such attitudes are seen in the present day
- Nursing homes and home care need more financial and physical resources to prevent the spread of depression and loneliness through psychosocial measures

Keywords: depression, mental health, elderly, loneliness, treatment of depression

Sisukord

Abstract.....	3
Sissejuhatus.....	7
1. Teoreetilised kontseptsioonid ja lähtekohad.....	9
1.1. Depressiooni definitsioon ja põhjused.....	9
1.2. Depressiooni sümptomid.....	10
1.3. Eakate depressiooni eripära.....	11
1.4. Eakad ja üksildus.....	15
1.5. Eakate depressiooni sekkumise viisid.....	17
1.6. Depressiooni mõju ühiskonnale.....	19
1.7. Probleempüstitus.....	21
2. Metoodika.....	22
2.1. Uurimuse metoodika valik.....	22
2.2. Andmekogumismeetod.....	22
2.3. Uurimuses osalejad.....	23
2.4. Uurimuse käik.....	23
2.5. Andmeanalüüsi meetod.....	24
2.6. Uuri ja refleksioon.....	25
3. Tulemused.....	27
3.1. „See on nagu mädasoo“ – depressiooni definitsioon.....	27
3.2. „Kui see on muutunud uueks normaalsuseks“ – eakate depressiooni esmased ohumärgid.....	29
3.3. „Seda võib nimetada ühiskonna katkuks“ – depressiooni levik Eesti vanemaealiste hulgas.....	31
3.4. „Tõsi, et tablett tekitab usaldust“ – depressiooniravi Eestis.....	32
3.5. „Eakate hobitegevus kui meelelahutus?“ – riigipoolne toetus vanemaealiste depressiooniga tegelemisel.....	34
3.6. „Kannatati hambad ristas“ – depressiivsete eakate suure hulga põhjused Eesti ühiskonnas.....	36
4. Arutelu.....	39
4.1. Ühise definitsiooni puudumise tagajärjed.....	39

4.2. Vaimse tervise sektori alarahastus loob soodsa keskkonna aladiagnoosimisele....	40
4.3. De jure EV, de facto ENSV.....	42
4.4. Töö edasiarendamise võimalused.....	43
Kokkuvõte ja järeldused.....	45
Kasutatud kirjandus.....	47
Lisad.....	55

Sissejuhatus

Eesti ühiskonnas on huvitaval puhul probleemiks samaaegselt ühiskonna vananemisele tendents, et inimesed ei ela vanaks. Surm on elu lahutamatu osa, kuid inimeste käitumine lühendab selle pikkust oluliselt. Eestlasi vaevab suur mure, mis tundub olevat tabuteema – inimesed ei sure tihti peale kindla tervist kahjustava käitumisviisi tagajärjel, vaid sõna otseses mõttes tapavad ennast ise. Statistikaameti (RV56) andmete järgi on alates aastast 1995 igal aastal surnud rohkem inimesi omaenda käe läbi kui näiteks liiklusõnnetustes, paaril aastal on vahe olnud ligi kolmekordne. Aastatel 1994-2016 on sõidukiõnnetustes hukkunute arv langenud 98%, kuid enesetappude arv langenud vaid 30%. Kõige sagedasemaks diagnoosiks lõpule viidud enesetappude puhul peetakse depressiooni.

Depressiooni teemaga on hakatud viimasel ajal rohkem tegelema, kuid peamiselt on praegusel ajal fookus ja ressursid suunatud noortele. Eesti rahvastik on aga vananev, mis tähendab, et eakate osakaal on aasta-aastalt suurenemas, mistõttu nõuavad vanemaealised inimesed rohkem tähelepanu, et vaimse tervise probleemidega tegeleda. Rahvastiku tervise arengukava vaahindamine (2017) leidis, et Eestis elavaid eakaid iseloomustab võrreldes ülejäänud Euroopa riikidega väga suur depressiivsuse esinemissagedus, kuid vanemaealiste ravi- ja hooldusvõimalused on välja arendamata. Lisaks institutsionaalsetele probleemidele eksisteerivad Eestis ka näiteks sotsiaalsed probleemid, mille hulka kuuluvad stereotüübid ja tabud. Samuti kaasnevad depressiooniga teised vanemaealist inimest kahjustavad tagajärjed, mis võivad olukorra tõsidust süvendada, koormata tervishoiuressursse ning halvimal juhul lõppeda enesetapuga.

Antud teema on aktuaalne, kuna see suunab tähelepanu noortelt vanemaealistele, keda on Eesti kontekstis vähe uuritud. SHARE uuringutest saadud statistika järgi saab eakate inimeste olukorda mingil määral analüüsida, kuid kogemuspõhiseid uurimusi on läbi viidud minimaalselt. Magistritöö keskendub eakate depressioonile läbi sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide kogemusele, kes töötavad ja puutuvad otse depressiivsete vanemaealistega kokku. Nemad näevad ühiskonnaprobleemi reaalselt mastaapsust kõige lähedamalt.

Magistritöös otsitakse vastuseid järgnevatele küsimustele:

1. Kuidas tunnetavad sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid eakate inimeste depressiooni kõrget taset oma igapäevatöös?

2. Millised on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates eakate depressiooniravi murekohad?

3. Mis on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates depressiooni põdevate eakate inimeste suure hulga põhjused Eesti ühiskonnas?

Antud magistritöö koosneb neljast suuremast peatükist. Teoreetiline peatükk annab ülevaate depressiooni mõistest ning selle sümptomitest ja mõjust. Samuti on välja toodud erisus eakate ja teiste vanusegruppide vahel depressiooniga tegelemisel. Metoodika osas on tutvustatud andmekogumise ja –analüüsi meetodeid ning põhjendatud uurimisviisi valikut. Tulemuste peatükis on esitatud analüüsimise käigus saadud informatsioon, mis on ilmestatud uurimuse autori kommentaaride ja mõtetega. Neljas peatükk annab ülevaate peamistest uurimuse tulemustest, mis on kõrvutatud teoreetilise raamistiku ning autoripoolsete kommentaaridega.

Soovin tänada kõiki lähedasi inimesi, uurimuses osalejaid ning oma juhendajat Hans van Ewijkut ja kaasjuhendajat Reeli Sirotkinat, kelle suunad ja mõtted olid suureks abiks antud magistritöö valmimisele.

1. Teoreetilised kontseptsioonid ja lähtekohad

1.1. Depressiooni definitsioon ja põhjused

Depressiooni definitsiooni on raske ühte lausesse panna, sest ka oma ala spetsialistid ei ole selles ühel meelel. Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni tõlgenduse järgi on tegemist tõsise meditsiinilise haigusega, mis mõjutab negatiivselt inimese käitumist, mõtlemist ja tundeid (Parekh, 2017). Ülemaailmse Vaimse Tervise Instituudi järgi on depressioon aga tõsine meeleoluhäire, mille diagnoosimiseks peaks inimene tundma sümptomeid vähemalt kaks nädalat järjest (NIMH).

Uuringud on näidanud, et depressiooni korral ei jätku piisavalt kolme olulist transmitterit: dopamiini, serotoniini ja noradrenaliini, mistõttu võib see viia närvirakkude vigase suhtlemiseni ning sõnumite puuduliku edastamiseni, mis võibki olla depressiooni sümptomite põhjuseks (McKenzie, 2010). Samas ei tea teadlased isegi, kas keemiliste ainete vähesus ajus põhjustab depressiivse meeleolu või hoopis depressioon ise põhjustab nende madalseisu.

Seega, osad tõlgendavad depressiooni kui haigust, kuid teised kui häiret, mis on pannud depressioonile külge stigma, sest kui tegemist ei ole haigusega, siis arvatakse, et asi ei ole ka tõsine.

Samas kinnitavad uurimused näiteks seda, et suuremal osal enesetapu sooritanutest on diagnoositav psüühikahäire, millest on depressioon lõpule viidud enesetappude puhul kõige sagedasem diagnoos (WHO, 2008a). Enesetappudeni viivad küll ka näiteks skisofreenia ja erinevad sõltuvushaigused, mis Eestis samuti massiliselt levivad, kuid kõige mastaapsem on vaieldamatult depressioon. Depressiooni põdevate inimeste õigeaegne ravi viiks alla ka sõltuvuskäitumisega seotud riskid, alustades narkootikumidest, lõpetades internetisõltuvusega. Eeldatavalt väheneks ka enesetappude ja teiste psühhiaatriliste häirete, näiteks söömishäirete ja enesevigastamiste arv, mistõttu on oluline depressiooni uurimise, ennetuse ja raviga tegeleda.

1.2. Depressiooni sümptomid

Perearstidele suunatud depressiooni ravijuhendi järgi peab eelmainitud vaimse tervise probleemi diagnoosimiseks esinema kahe nädala jooksul vähemalt kaks põhi- ja kaks lisasümptomit (Kleinberg, jt., 2011). Põhisümptomiteks loetakse meeleolu alanemist, huvide ja elurõõmu kadumist ning energia vähenemist. Lisasümptomite alla kuuluvad ravijuhendi järgi tähelepanu, kontsentratsioonivõime, enesehinnangu ja eneseusalduse alanemine, süü- ja väärtusetusetunne, trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku, enesekahjustuse või suitsiidimõtted ja teod ning une- ja toitumisprobleemid. On leitud, et ligi 69% sümptomitest on kehalised, mistõttu on depressioon suure tõenäosusega aladiagnoositud, sest inimesed seostavad neid füüsilise, mitte vaimse tervise probleemidega (Simon, jt., 1999).

Kehaliste sümptomite hulka kuuluvad näiteks pea- selja- ja kõhuvalu, seedimishäired, südamekloppimine ja üldine füüsiline pinge. Depressioon võib ennast peita mitme haiguse taha alates õnnetustele kaldumisest kuni seksuaalse düsfunktsioonini, kaasneda paljude teiste haigustega nagu sõltuvushäired, diabeet, ärevus ja somaatilised haigused ning mõnel juhul võib haigus esineda mitme sümptomiga, mis ei ole kategoriseeritud põhisümptomite alla (Christodoulou, 2012). See tähendab, et mitmekesiste avaldusvormide tõttu nõuab depressiooni diagnoosimine spetsialistidelt kliinilisi oskusi ja kogemusi. Depressioon arvatakse olevat üks enim aladiagnoositud haiguseid, sest lisaks isikutele, kes ei otsi abi, võib abi andjatel olla aega või oskusi selle diagnoosimiseks vähe (Kleinberg, 2014).

Vaimse tervise strateegia (2016) järgi suurendavad depressiooni haigestumise riski vanus, sissetulek, rahvuslik kuuluvus, üldine terviseseisund, hinnangud enda tervisele ning varasemad depressioonikogemused. SHARE uurimuse neljanda ja viienda laine tulemustest selgub, et mida kõrgem on vanusegrupp, seda suurem on depressiivsete sümptomitega inimeste osakaal (Statistikaamet, SH41). SHARE jälgib vanemaealiste puhul nii isiklike arvamusi kui ka EURO-D depressioonikriteeriumeid ning on näha, et mida vanem vanusegrupp, seda rohkem erineb subjektiivne näitaja, ehk eaka enda arvamus, objektiivsest, ehk EURO-D depressioonikriteeriumist. See võib viidata probleemile, et vanemaealiste inimeste puhul on depressioon aladiagnoositud, sest eakad ei tunnista enda vaimse tervise probleeme ning kui spetsialistid neid üles ei leia, võib abi jääda saamata.

1.3. Eakate depressiooni eripära

Suurem enamus arenenud riikidest on kokku leppinud, et eaka all mõeldakse inimest, kes on vähemalt 65 aastat vana, sest selle vanuse ringis on inimestel võimalik jääda pensionile (WHO). Depressioon on eakate hulgas kõige enam levinud vaimse tervise probleem ning kuigi depressioonisümptomitega eakate arv kasvab koos vanusega, ei ole depressioon vananemise loomulik osa (Lima & Mintzer, 2013). Forsmani jt. (2012) uuringu järgi kannatab seitse miljonit üle 65-aastast ameeriklast depressiooni all ning see võib jääda märkamata teiste krooniliste haiguste põdemise tõttu. Suurbritannias põeb depressiooni iga viies eakas ning täiskasvanute hulgas esineb haigust kõige rohkem 50-59 ning 80+ vanusegruppides (Mental Health Foundation, 2016). Samuti kogeb depressiooni 65+ vanusegrupis keskmiselt iga viies mees ja neljas naine, mis näitab, et depressiooni puhul on Suurbritannias tegemist väga suure probleemiga. Londonis tehtud uuring vaatles 12 eakate hooldekodu ning leidis, et umbes 40% elanikest vaevles depressiooni käes (Mann, jt., 1984). Sarnased uuringud Sydney ja Milano kohta on näidanud, et üks elanik kolmest oli depressioonis (Rogers & Pilgrim, 2010). Dover ja McWilliam (1992) uurisid 30 kuu jooksul 100 kroonilise haigusega patsienti ning leidsid, et ainult 3% meestest ja 20% naistest tundsid end füüsiliselt hästi. Samas uuringus tuli välja ka tähelepanek, et mitmed välja kirjutatud ravimid võimendavad kõrvalnähuna depressiivsuse teket, mis kindlasti tõstab ka üleüldiselt statistikas eakate depressiivsuse taset.

Kaheks suureks grupiks depressiooni põhjuste määratlemisel on otsesed ja kaasuvad kaotused (Roodemäe, 2006). Otsesteks kaotusteks on näiteks tervise, elujõu, liikuvuse, sensoorsete tajude ja lähedaste kaotused ning enamasti kogeb otseseid kaotusi iga eakas inimene. Sellest sõltuvalt võib esineda valediagnoose, sest nagu eelnevalt mainitud, võib depressioon jääda mõne teise haiguse tõttu arstidele märkamatuks jääda. Kaasuvateks kaotusteks on Roodemäe (2006) järgi näiteks sotsiaalse toetuse, lähedaste tutvuste, turvalisustunde, ühiskondliku staatuse, sissetuleku, mõjuvõimu, otsustamisvõime ja sõltumatuse vähenemine. Taasiseseisvumisjärgsel perioodil tõusis töötuse määr Eestis 21. sajandi alguseks 13.6%ni, mis viitab võimalusele, et praeguse generatsiooni vanemaealised inimesed võivad olla kogenud töötust kas enda või oma elukaaslase näitel (Venesaar, jt., 2004). Depressiooni ja ärevushäirete puhul on ainult 40% tööandjatest valmis nende häiretega inimestele tööd pakkuma (Altmäe, 2014). Vanemaealiste inimeste puhul on tegu niigi tööturul diskrimineeritud vanusegrupiga, mistõttu võib tekkida olukord, et eakas inimene ei lähe vaimse tervise probleemide tõttu arsti juurde, et oleks võimalik edasi tööl käia.

Eestis ei ole eakate vaimset tervist väga palju uuritud, kuid mõned statistilised näitajad saab sellegipoolest välja tuua. Ligi 40% üle 65-aastastest Eestis elavatest inimestest kannatab depressiooni tunnuste käes (Saks & Tiit, 2016). Praxise (2017) uurimusest selgub, et 50+ vanusegrupis kannatavad depressiooni all iga kolmas mees ning iga teine naine. Eelmainitud uuringust tuleb välja, et mittetatsionaarset ravi saavad eakad, ehk inimesed, kellel on mingisugused tervislikud probleemid, kuid kelle puhul ei ole hospitaliseerimine vajalik, on suure tõenäosusega depressiivsemad, kui need, kes terviseprobleeme arstile ei kurda, või võtavad ravimeid vähesel määral. Sellest võib järeldada, et füüsiline ja vaimne tervis on omavahel tihedalt seotud ning depressioon võib märkamata jääda ka Eesti eakate inimeste puhul, kellest Eesti kontekstis 64% põevad mõnda kroonilist haigust, 23%-le on ametlikult määratud puue ning 51% eakate igapäevategevus on terviseprobleemidest tingituna oluliselt või mõnevõrra piiratud (TNS Emor, 2015). Olukorda ei tee paremaks ravivõimaluste pakkumine, kuna Eestis on rahuldamata ravivajadus Euroopa Liidu riikidest kõige suurem – kui EL-i keskmiseks näitajaks on 2%, siis Eestis ulatub see 16.4%ni (Eurostat, 2018) OECD (2018) statistika järgi olid aastal 2017 Eesti tervishoiukulutused ühe inimese kohta 1551€, kuid Euroopa Liidu keskmine arv oli 2773€ inimese kohta. Sotsiaalministeeriumi (2019) andmete järgi on tervishoiusüsteemist puudu psühhiaatreid ning suur osa praegustest psühhiaatritest on juba pensioniealised või lähiajal sellesse vanusesse jõudmas. Galina Opikova (2019) leidis oma magistritöös, et SHARE 6. uuringu laine (aastal 2015) tekkis depressiivsus 22.6%l Eesti kesk- ja vanemaealistest, kes kaks aastat varem ei olnud depressiivsed ning vanuseliselt tekkis eelmainitud vaimse tervise probleem 65-79 vanuserühmas 19.8% ning 80+ vanuses 34.4% vastanutest, kellel kaks aastat varem probleeme ei esinenud. Depressioon on eakate hulgas nii Eesti kui ka kogu maailma kontekstis saanud suureks probleemiks ning haiguse levikul ei ole praeguse statistika järgi taandumismärke näha.

Depressioonisümptomid on üldiselt erinevatel vanusegruppidel samad, kuid mõned on iseloomulikud ainult eakatele. Näiteks, vanemad inimesed ei kaeba langenud meeleolu üle, vaid muutuvad ärevaks, kartlikeks ja ebakindlateks, mistõttu esineb neil rohkelt segaduses olekut ja unustamist (Lima & Mintzer, 2013). Martin G. Cole (2003) leidis oma uurimuses, et suurimateks depressiooni riskifaktoriteks on kurbuse tundmine, unehäired, füüsiline puue, varasemas elus kogetud depressioon ning naissugu. Esimese kahe faktori puhul on tegemist muudetavate aspektidega. Püsivat puuet või häiret küll muuta ei saa, kuid saab parandada sellesse suhtumist. Cole-i (2003) välja toodud riskifaktorite ja depressiooni omavaheline seos on napilt alla 70%, mistõttu on tegemist väga heade tulemustega, sest kui andmed vastavad

tõele ning riskifaktorid on muudetavad, on teoreetiliselt ka depressiooni ennetamine ja ravi lihtsam. Eakate depressiooni taga on sageli ka sotsiaalsed tegurid, eeskätt kaotused, sotsialiseerumiskeskused, mis võivad viia isolatsioonini. Mõnikord ka pensionile jäämise järel tekkinud igavus ning elujõu ja energia vähenemine. Praeguse generatsiooni eakatel on aga üle maailma depressiooni ja muude vaimse tervise probleemidega eriti suured probleemid. Näiteks, üle on elatud erinevad sõjad, poliitiliste režiimide muutumised ning majandussurutsed. Väga sünge on olukord USA sõjaveteranide hulgas, sest Ameerika enesetapuennetuse büroo (2017) leidis, et 2014. aastal võttis keskmiselt elu oma enda kätte läbi 22 veterani päevas ning umbes 65% kõikidest sellel aastal enesetapu sooritanud veteranidest olid 50+ vanuses. Modell ja Habberty (1991) uurisid põhjalikult Vietnami sõda ja selle veterane ning leidsid, et aastaks 1987, ehk 12 aastat peale sõda, kogesid üle poolte sõjaveteranidest depressiooni ja PTSD-d ning ligi kolm veterani kümnest tundsid nende laadseid sümptomeid. Rasked ajad ei pruugi aga alati tähendada sõda. Hong Kongis (2010) läbi viidud uuring näitas otsest seost 21. sajandi alguses levinud SARS viiruse ning 65+ vanuses enesetapu sooritanud eakate vahel, tuues peamiseks põhjuseks selle, et vanemas eas inimesed kartsid haigusesse nakatuda ning perekonnale koormaks jääda. Tänapäeva vanemaealised inimesed on elanud Nõukogude ajal, kus vaimse tervise probleemidest ei räägitud või sildistati need inimestele, kes ohustasid Nõukogude Liidu huve (Purre, 2016). Sellest ajast on tekkinud hoiakud, et vaimse tervise probleemid on moehaigused ning kardetakse seda endal tunnistada, et mitte tunda ennast hulluna, nagu vene ajal oli kombeks öelda. Peale taasiseseisvumist suutsid nooremad põlvkonnad kiirete ühiskondlike muutustega kohaneda kiiremini, samal ajal kui vanem generatsioon on jäänud truuks nooruses omandatud harjumustele ja eelistustele (Kalmus, jt., 2017). Demirkan (2010) leidis, et depressioon võib edasi kanduda ka geneetiliselt ning arvestades seda, et ka noortel esinev depressioon on tõusuteel ning andmekogumine ja diagnoosi määramine on muutunud täpsemaks, võivadki varasemate generatsioonide sõjakoledused peegelduda tänapäeva noortes läbi geneetilise nn „pärandi“. Näiteks aastatel 2012-2016 kasvas esmakordne meeleoluhäiretega arsti juurde pöördumine 15-19 aastaste seas Eestis 358lt noorelt 548 inimeseni (Pärli, 2018).

Depressiooni sümptomid on seotud ka sotsiodemograafiliste näitajatega, nagu näiteks madalam haridustase ja sissetulek, kuid oma osa on ka kehalisel aktiivsusel – kuna depressioon kahandab liikumismotivatsiooni, siis eakad valivad pigem füüsiliselt mitteaktiivse eluviisi, mistõttu halveneb kogu füüsis, tervislik käitumine ning adekvaatse arstiabi kättesaadavus (Mathiesen, 2013). Nagu eelnevalt mainitud, ei erine eakate depressiooni sümptomid teiste vanusgruppide

omadest väga suurel määral ning nii on ka tagajärgedega, kuid eakatel on abi saamata suurem risk järgnevate krooniliste haiguste ja häirete tekkeks: puuete ja stressi süvenemine, sõltuvus- ja suitsiidikäitumine ning ka füüsilise tervise ja vaimse heaolu järsk langus (North Tampa Behavioral Health).

Eesti inimesed on läbi aja tarvitanud võrreldes muu Euroopaga suurtes kogustes alkoholi. 1980ndatel vastu võetud alkoholiseadus aitas seda mõnevõrra leevendada, mille tagajärjel langes ka näiteks enesetappude arv (Arusaar-Tamming, 2007). Peale taasiseseisvumist on aga puhta alkoholi tarbimine uuesti järk-järgult tõusnud ning 2018. aastaks peaaegu Gorbatšovi alkoholiseaduse eelsele ajale (Orro, jt., 2019). Vastupidiselt eelnevale, leidis Karina Valma (2018) oma magistritöös, et SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) 4. laine uuringu järgi ei ilmnunud Eesti 50+ vanusegrupis olevate inimeste puhul, et suurem kehaline aktiivsus ning vähesem alkoholi ja tubaka tarvitamine oleks taganud madalama depressiivsuse riski.

Ühiskonna areng ei jää peale siirdeperioodi seisma, vaid võtab uue suuna. Ulrich Beck (1992) võttis kasutusel termini riskiühiskond, mis viitab sellele, et modernne ühiskond toodab teaduse ja tehnoloogia arenguga juurde uusi riske. Selle markantsemateks näideteks on Tšernobõli tuumakatastroof, kliima soojenemine ning majandusliku vara ebavõrdne jagamine. Haavatavamaid ühiskonnaliikmeid, nagu näiteks vaimse tervise probleemidega inimesi, mõjutavad sellised muutused rohkem, sest ühiskond seab üksikisikutele kõrgemad nõudmised, kuid pakub samal ajal vähem tuge ja juhendamist (Eriksson & Hummelvoll, 2008). Pidevad muutused tekitavad ebakindlust ning ühiskonna arenedes võivad esimesed ohvrid olla just vaimse tervise probleemide all kannatavad inimesed.

Statistikale tuginedes võib väita, et maailmas on palju vanemaealisi inimesi, kes põevad depressiooni või sellele sarnanevaid sümptomeid. Kuna suurem osa depressioonile viitavatest probleemidest on füüsilised, siis võib see ennast peita teiste haiguste varjus ning jääda diagnoosimata. Riskifaktoreid on aga teisigi, alustades suurtest elumuutustest nagu sõjad, haigusepideemiad ja poliitilise režiimi vaheldumine, lõpetades madalama haridustaseme ja sissetulekuga. Depressiooni diagnoosides tuleb võtta arvesse nii füüsilisi, vaimseid kui sotsiaalseid faktoreid, et vähendada potentsiaalset aladiagnoosimist kogu ühiskonnas ning soodustada ravile pääsemist.

1.4. Eakad ja üksildus

Inimeste üksildus on saanud viimasel ajal aina suuremaks kõneaineks ja murekohaks, mille mastaapsusele viitab näiteks Suurbritannia, kus määrati ametisse üksilduse minister, kelleks on praeguse seisuga (2020 mai) Diana Barran. Üksindus ja üksildus ei ole sünonüümid. Üksindus võib olla inimese vaba valik, mis juhul ei soovi inimene rohkem intensiivsemaid kontakte, sest tema jaoks on olemasolev piisav, kuid üksildus on emotsionaalset kogemust väljendav mõiste, mis sisaldab endas subjektiivset tunnet, et midagi on puudu ja et olemasolev ei ole piisav (Sisask, 2018). Sarnasele tulemusele jõuti ka USA keskkoolile keskendunud uurimuses, kus leiti, et ennast üksildasena tundvatel õpilastel ei ole tingimata vähem lähedasi sõpru kui nendel, kes ennast üksildasena ei tundnud (Russell, jt., 2011). Antud juhul tekkis erinevus soovitud ja reaalsete suhtlussidemeta numbri vahel – mida lähedasem oli soovitud lähedaste sõprade arv reaalse arvuga, seda paremini inimesed ennast tundsid. Paralleele võib tõmmata Robert C. Atchley (1989) poolt uuritud jätkuvuse teooriaga, mille järgi jätkavad vanemaealised inimesed sarnast eluviisi, mida nad on harrastanud nooremana: kui inimene on harjunud olema üksinda, siis ei häiri see teda ka tulevikus. Sellele tuginedes võib väita, et üksindus ja üksildus on erinevad terminid.

Hiinas läbi viidud uurimusest leiti omavaheline korrelatsioon üksildaste vanemaealiste inimeste ja depressiooni vahel, millest võib järeldada, et üksikutel eakatel inimestel on suurem tõenäosus kannatada depressiooni sümptomite käes (Liu, jt., 2014). See näitab, et ligidaste inimeste toetus või lähedus on üksildastele eakatele inimestele potentsiaalseks kaitseks depressiooni sattumise vastu. Ka Hispaania vanemaealisi inimesi uurinud teadurid leidsid, et lähedaste inimeste olemasolu mängib suurt rolli üksilduse ja depressiooni vahel (Domènech-Abella, jt., 2017). Üksildased inimesed tõlgendavad suurema tõenäosusega ennast ümbritsevat maailma ähvardavana ning neil on rohkem negatiivseid ootusi, mistõttu ei tunne nad oma elu üle täielikku kontrolli (Cacioppo & Hawkley, 2009). Eakate positiivne ellusuhtumine ning võimalused tegeleda hobide ja muude meelepärase tegevustega toetavad aktiivset vananemist, mistõttu on oluline, et positiivsuse säilitamiseks on vajalik, et ta tegeleb paljude asjadega ja liigub, mitte ei jää koju istuma (Suga, 2012). Kui eakate inimeste suhtlusringist eemaldada lapsed, sugulased ja sõbrad, langeb nende kognitiivne võimekus, mis võib pikema aja jooksul aidata kaasa kahjulikumale mõju avaldamisele vanemaealiste tervisele (Schwartz & Litwin, 2019). Sellest võib järeldada, et üheks üksilduse ja depressiooni tõkestamise viisiks võiks olla vanemaealiste inimeste sotsiaalse aktiivsuse tõstmine. Üksildus ei ole ainult üksinda elavate vanemaealiste probleem. Soome erinevates hooldekodudes läbi viidud uuringule tuginedes

võib väita, et üksildusele tuleb ka eelmainitud institutsioonides suuremat tähelepanu pöörata, sest üksildased vanemaealised hindavad suurema tõenäosusega oma füüsilist ja vaimset tervist halvemaks ning see on halvemal juhul seotud ka kõrgema suremisnäitajaga.

Katrin Roosipuu (2019) analüüsis oma magistritöös SHARE andmetele tuginedes üksildusega seonduvaid tunnuseid 50+ vanuses inimestel, kus ta leidis, et mida vanem on inimene, seda üksildasem ta on. Samast uurimusest selgus, et üksilduse peamised riskitegurid - tervislik seisund, madal füüsiline aktiivsus ning majanduslik seisund - on sarnased ka depressiooni riskiteguritele. Statistika andmebaasi järgi elas Eestis 2019. aastal 65+ vanuses inimestest üksinda 111.3 tuhat inimest, mis moodustab kõikidest sellesse vanusegruppi kuuluvatest inimestest ca 43% (LEM05). Üksindus ja sotsiaalne eraldatus soosivad vaimse tervisega seonduvate probleemide riski, mistõttu on nii tervise kui heaolu aspektist oluline säilitada ja tugevdada vanemaealiste inimeste sotsiaalseid suhteid ja suhtlusvõimalusi (Sotsiaalministeerium, 2013). Eesti tööjõuline elanikkond on mobiilne, suuremad linnad kasvavad rahvaarvult aina rohkem ning väikelinnad ja maakohad jooksevad elanikest tühjaks. Seda ilmestab Isaac Newtoni gravitatsiooniteooria, mis selgitab kahe massi üksteise poole tõmbumist. Seda on rakendatud modifitseeritud puhul ka rändesse ning Eesti puhul peab konstantide leidmisel paika fakt, et on võimalik ennustada potentsiaalset rännet tulevikus ning suuremad linnad saavad juurde rohkem elanikke (Jõgi, 2017). Rände gravitatsioonimudelitele toetudes võib väita, et inimesed kolivad endisest elukohast paremaid tingimusi otsides teise asulasse ning vanemaealised inimesed võivad jääda üksinda. Marika Kutti (2018) kirjutatud lõputöös kirjeldasid vanemaealised inimesed, et üksildustunne on mõnikord nii tugev, et teeb haiget ning õhtud on kõige üksildasem periood, aga külla ei taheta minna, sest ei taheta olla pealetükkivad. Eakate enesehinnangut mõjutavad ka erinevad stereotüübid, mis võivad mõjutada ja piirata näiteks vanemaealiste meeste käitumist, sest nõ ettekirjutatud rollikäitumine, mille põhjal on õige mees iseseisev ja tugev, on jäik ning see põhjustab üksildust (Veikesaar, 2019).

Üksildus on suureks ohuks vanemaealise inimese vaimsele tervisele: see tekitab meeleolu, et midagi on puudu elust puudu ning pikaajaliselt hakatakse tundma ennast ümbritsevat maailma ohtlikuna. Eelmainitud probleem ei puuduta ainult üksi elavaid eakaid, vaid ka hooldekodudes ja muudes vanemaealistega tegelevates institutsioonides olevaid inimesi. Üksilduse riskitegurid on sarnased depressiooni omadele, millest võib järeldada, et ühe probleemiga tegelemine võib välistada teise murekoha olemasolu või potentsiaalse tekke.

1.5. Eakate depressiooni sekkumise viisid

Jüri Saarma (1995) leiab, et depressiooniravi peab olema individualiseeritud ning seda kahel põhjusel. Esiteks, iga depressioon, selle põhjus ja põdeja isiksus, on iselaadne. Teiseks, depressioonivastaste ravivõtete toime on väga erinev. Ravivõimalusi on mitmeid ning järgnevalt on tutvustatud neist kõige olulisemaid.

Põhilise ravivõimalusena depressiooni sümptomite peitmiseks või täielikuks kaotamiseks kasutatakse farmakoteraapiat. 2017. aasta „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“ kliinilisest auditist selgus, et esimesel visiidil oli alustatud farmakoteraapiat antidepressandiga 58%-l patsientidest (Puis jt., 2017). Tegemist on väga suure osakaaluga, arvestades, et eelmainitud teraapia headuse üle vaidlevad oma ala spetsialistid siiani, sest tegemist võib olla mõnel juhul ka inimest täielikult hävitava protsessiga, sest antidepressantidel põhinev depressiooniravi võib olukorda ka halvendada – vähe sellest, et nende kasu hinnatakse alla poole antidepressantide kasutajatest, kaasnevad nendega ka elu segavad kõrvalnähud (Kurian, jt., 2010). Kergekäeliselt kirjutatud ravimitest sõltuvusse jäänud eakad ei saa elada ilma rahustiteta, mistõttu on nende ravimine ka tunduvalt raskem (Raudsik). Loomulikult ei ole see ainus võimalus, kuidas depressiooni vastu võidelda. Esmase ravivõimalusena nähakse eakate puhul lisaks farmakoteraapiale veel näiteks psühhoteraapiat, eriti probleemilahendus teraapiat, sest see on näidanud häid tulemusi patsientide puhul, kellel on murekohaks ka kognitiivsete funktsioonide häired, mida eakatel kipub sageli olema (Solomon, 2014). Farmakoteraapia ja psühhoteraapia koos rakendamine sobib enamasti eakatele kõige paremini, sest see vähendab depressiooni sümptomeid, suitsiidiriski, tõenäosust tagasi endisesse olekusse langeda ning samal ajal parandab inimeste oskust toime tulla ja jagu saada oma probleemidest (Alexopoulos, 2005). Kui tegemist on aga eakatega, kellel on suur suitsiidirisk, kel antidepressandid ei aita, või kes ohustavad ennast halbade toitumisharjumustega, siis peetakse väga heaks võimaluseks elekterkrampravi rakendamist, mille põhimõte seisneb erinevate bioloogiliste mehhanismide käivitamises (Kapsi & Kulev, 2015).

Vaimse tervise probleemide all kannatavate eakate heaolu ja toimetulekut on võimalik parandada ka psühhosotsiaalse sekkumisega, mis hõlmab sotsiaalseid kontakte ja hõivatust eesmärgistatud tegevustega (Crellin & Orrell, 2013). Enamlevinud ravivõimaluste kõrvale püütakse leida uusi ja alternatiivseid ideid, kuidas eakate depressiooni leevendada ja ravida. Näiteks, Hiinas püüti leida seoseid selle vahel, kas muusika suudab mõjutada eakate

depressiooninäite paremuse poole (Chan jt., 2010). Chan ja ta meeskond leidsid, et muusika kuulamine võib tuua häid tulemusi, et parandada eakate unehäireid ja depressiooni sümptomeid ning kuna tegemist oli ühekordse eksperimendiga, uskusid nad, et eelmainitud meetodit võiks mõnda teraapiavormi sisse integreerida. São Paulos läbi viidud eksperimendi järgi uuriti, kas kunstiteraapiast oleks kasu eakate naiste depressiooni ravimisel (Ciasca jt, 2017). Eksperimendi käigus läbis eksperimendigrupp 20 korda 1.5 tunnist kunstitundi ning neid võrreldi kontrollgrupiga, kes kunstiringides ei osalenud. Uuringu tulemustest võib järeldada, et ka kunstiteraapia kasutamisel on kasu eakate depressiooni ravil, sest eksperimendigrupi kogetud depressiivsete momentide arv vähenes selle mõjul võrreldes kontrollgrupiga märgatavalt. Teisest küljest võib hea tulemus peegelduda selles, et depressiooni põdevad inimesed said kunstiringis sotsialiseeruda. Kunstiteraapiaga on eksperimenteeritud ka Eestis. Tallinna Ülikooli magistrant Eva Raun (2017) testis eelmainitud teraapiavormi 27-58 vanuses olevate depressiooni diagnoosiga inimeste peal ning tulemused näitasid kerget tendentsi depressiooni näitajate vähenemisele ja heaoluindeksi tõusule, kuid need näitajad ei olnud statistiliselt olulised, mis võis tuleneda väiksest valimist. Arsti sekkumise puudumisel võib olla abi ka eakate inimeste vaimse ja füüsilise aktiivsuse suurendamisest, sest see parandab nii une- kui ka elukvaliteeti ning just unehäired on üks eakate depressiooni sümptomeid (Veldi, 2003). Samas on selge, et ilma spetsialisti sekkumiseta on küllaltki raske vanemaealisel inimesel depressiooni leevendada ning oma ala spetsialisti poole pöördumine on eelmainitud vaimse tervise häire puhul hädavajalik

Ettevaatlik peab olema potentsiaalsete võimalustega, miks on depressioon tekkinud. Näiteks, leina puhul võivad ravimid takistada normaalset leinaprotsessi. Nad parandavad enesetunnet ja seega häirivad leina läbielamist ning pikendavad seda (McKenzie, 2010). Autori sõnul on oma kaotusega seotud tunnete ja mõtete läbitöötamine küll valuline, kuid see on ainus võimalus saada tagasi normaalsesse seisundisse.

Depressiooniraviks on loodud erinevaid võimalusi, millest peamiselt kasutatakse farmakoteraapiat ning psühhoteraapiat. Tasuks proovida ka alternatiivseid teraapiavorme, mis võiksid alandada depressioonitaset ühistegevuste ja sotsialiseerumise näol, kuid põhiline on see, et arst ja depressiivne vanemaealine inimene peavad läbi koostöö leidma just temale sobivaimad sekkumisviisid, et vältida depressiooni süvenemist.

1.6. Depressiooni mõju ühiskonnale

Rahvaarvu suurenemise tõttu tõuseb maailmas aastatel 2015-2050 60+ vanuses inimeste osakaal 12% pealt 22%-ni (WHO, 2017). Sellest võib järeldada, et oodata on ka depressiooni põdevate inimeste arvu massilist suurenemist, kui probleemiga mastaapselt tegelema ei hakata, sest suurem osa statistikast on näidanud, et vaimse tervisega seotud häirete põdemine on olnud aasta-aastalt tõusuteel. Üha suurenev hulk inimesi muutub sõltuvaks sotsiaalmaksetest, mida rahastatakse järjest väheneva hulga aktiivsete inimeste makstavatest tööjõumaksudest (Karilaid-Vidder & Saar, 2016). Seega, võib suureneda surve nii üksikisiku rahakotile kui ka tervele riigieelarvele. WHO (2008b) leiab oma uuringus, et aastaks 2030 võib depressioon olla suurim haiguskoormuse põhjustaja.

Depressiooniga kaasnevad reeglina ulatuslikud nihked organismi kehalistest talitlustes, mis nõrgestavad organismi võimet võidelda kahjustavate teguritega ning seetõttu muutub inimene vastuvõtlikumaks mitmesugustele haigustele, kaasaarvatud nakkustele (Saarma, 1995). Järjest enam on tõendeid selle kohta, et depressiooni kogemine vanemas eas toob kaasa kõrgema haigestumiskõrge, puuete tekke ning nn loomulikult suremise – need seosed on eriti tugevad eakatel inimestel, kes põevad mõnda kroonilist haigust (Walker & Katona, 1997). Koenig jt. (1989) leidsid, et depressiooni põdevad eakad tarbivad rohkem tervishoiuressursse, kuid suremismäär on sellegipoolest kõrgem, kui eakatel, kellel vaimse tervisega probleeme ei ole.

Depressiivsed eakad külastavad sagedamini arsti ja vajavad enam kiirabiteenuseid, kasutavad rohkem ravimeid, tekitavad suuremaid ambulatoorseid kulusi ning viibivad kauem haiglaravil (Lima & Mintzer, 2013). Samast raportist selgub, et omastehooldajate depressioonirisk on sageli sama kõrge kui nende eakate hoolealuste oma ning eaka pereliikme hooldamisel tekkivad nõudmised, vajadused ja ressursikulu võivad hooldaja meeleheitele viia, mis omakorda tõstavad vastuvõtlikkust ka teistele haigustele. Wayne jt. (2003) leidsid oma uurimuses, et depressiivsete eakate kulud olid ligi 50% kõrgemad kui eakatel, kellel vaimse tervise haiguseid ei esinenud. Nimelt, ambulatoorsed kulutused olid 43%-52% ning ambulatoorsete ja statsionaarsete kulud kokku 47%-51% kõrgemad, kusjuures kulude tõus esines kõikides tervishoiu aspektides ning depressiooni ravi oli sellest väga madal protsent.

Aastate 2009-2020 rahvastiku tervise arengukavas on kirjas, et vaimse tervise teenuste süsteem on killustatud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele (Sotsiaalministeerium, 2012). On lisatud, et vähene teadlikkus ja eelarvamused pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani. RTA vahehindamine (2017) näitas, et võrreldes teiste

Euroopa riikidega iseloomustab Eesti eakaid depressiivsuse väga suur esinemissagedus, kuid mainitud probleemiga eakate ravi- ja hooldusvõimalused on välja arendamata. Rahvastiku tervise arengukava keskendub laste ja noorte vaimsele tervisele, kuid eakate vaimse tervisega seotud probleemid ja nende lahendusviisid on sisuliselt välja jäetud. Antud teemasse on oluline süveneda, kuna Eesti kontekstis ei ole eakate depressiooni väga uuritud ning rahvastiku vananemise trendi jätkudes võib ees oodata nn depressioonis rahvastiku teke.

Eestis on viimasel ajal depressiooni teemasid uuritud, kuid laiema poliitilise kokkuleppeni, kuidas vanemate inimeste vaimset tervist hoida, pole jõutud. Rahvastiku tervise arengukava vahehindamises (2017) tõdeti, et eriti kahetsusväärne on eakate sihtgrupile keskenduvate vaimset tervist toetavate tegevuste puudumine arengukavas, sest selle vanusegrupi enesetapakordaja on oluliselt kõrgem muust elanikkonnast ning vanemaealiste inimeste vaimsesse tervisesse panustamata ei ole võimalik suitsiidikordajat soovitud tasemele tuua. Statistikaametist saadud andmete põhjal (RV56) oli aastatel 2015-2018 enesetapu sooritanutest vastavalt 29%, 28%, 27% ja 38% inimestest 65+ vanusegrupis. Õiguskantsleri ametkonna kontrollkäikudel (2017) avastati, et paljude Eesti üldhooldekodude elukeskkond ei vasta inimväärikuse nõuetele ning näiteks hooldajate nappus tähendab otsest riski klientide tervisele ja heaolule, mis läheb vastuollu seaduses sätestatud nõuetega. Sellest võib järeldada, et puudujääke depressiivsete vanemaealiste inimestega leidub nii üksi elavate inimeste puhul kui ka institutsionaalsel tasemel, mistõttu on eakatele inimestele vaja pöörata senisest suuremat tähelepanu.

1.7. Probleemipüstitus

Depressiooni diagnoosimine on keeruline, sest sellega tegelevatel spetsialistidel on erinev arusaam eelmainitud vaimse tervise probleemi definitsioonist ning see suurendab aladiagnoosimise ohtu terves maailmas. Depressiooni haigestumise riskitegureid on nii sotsiaalsed, majanduslikud, emotsionaalsed kui ka füüsilist tervist mõjutavad faktorid. Kõige sagedasemaks diagnoosiks lõpule viidud enesetappude puhul peetakse depressiooni ning näiteks 2018. aastal moodustas Eestis kõikidest suitsiididest 38% 65+ vanusegrupis olevad inimesed. Suureks ohuks depressiooni tekkele on ka üksildus, mis soosib vaimse tervisega seonduvate probleemide riski. Eakate depressiooni sekkumisviise on erinevaid, kuid rahuldamata ravivajaduse kõrge taseme ning tervishoiusüsteemist puudu olevate vaimse tervise spetsialistide tõttu ei pruugi abi vajavad eakad inimesed saada kvaliteetset teenust. Tegemist on väga laiaulatusliku ja aktuaalse probleemiga, sest vanemaealiste inimeste osakaal rahvastikus kasvab iga aastaga ning aastaks 2030 võib depressioon olla suurim haiguskoormuse põhjustaja. Samuti on Eestis vaimse tervise süsteem killustunud, eakatele ei pöörata nii suurt tähelepanu kui teistele vanusegruppidele ning institutsioonides, mis peaksid olema spetsialiseerunud vanemaealiste inimestega tegelemisele, on jätkuvalt suuri puudujääke.

Antud uurimuse eesmärgiks on anda ülevaade depressiooni põdevate eakate olukorrast ja ravivõimalustest Eestis läbi sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide kogemuste.

Teoreetilisele osale toetudes otsitakse antud magistritöös vastused järgnevatele küsimustele:

1. Kuidas tunnetavad sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid eakate inimeste depressiooni kõrget taset oma igapäevatöös?
2. Millised on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates eakate depressiooniravi murekohad?
3. Mis on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates depressiooni põdevate eakate inimeste suure hulga põhjused Eesti ühiskonnas?

2. Metoodika

2.1. Uurimuse metoodika valik

Magistritöös on kasutatud kvalitatiivset metodoloogiat. Kvalitatiivne lähenemine aitab põhjalikult vaadelda probleemi sisu ning uurida inimeste kogemusi, tundeid ja mõtteid. Kvalitatiivne uurimismeetod otsib taga sotsiaalseid tähendusi, mida inimesed omistavad oma kogemustele ja olukordadele, samuti tekstidele ja muudele esemetele (Hesse-Biber & Leavy, 2010). Kuna antud töö olemus baseerub inimeste kogemuste uurimisel, siis on kõige õigem kasutada kvalitatiivset meetodit, sest läbi teise inimese silmade on võimalik keskkonda või probleemi sügavamalt uurida ja analüüsida (Bryman, 2012).

2.2. Andmekogumismetood

Andmete kogumiseks on läbi viidud 10 poolstruktureeritud intervjuud. Poolstruktureeritud intervjuu on valitud seetõttu, et varem koostatud intervjuukava puhul on võimalik küsimusi täpsustada intervjuu ajal ning ka nende järjekorda muuta (Lisa 1). Et inimese kogemusi mõista, tuleb intervjuueeritavat kuulata, mistõttu ei saa spetsiifilisi küsimusi punkt-punkti haaval küsida, vaid peab mõtlema, kuidas intervjuueeritava kogemuste avaldumist lihtsustada (Denzin & Lincoln, 2017). See annab mõnevõrra suurema vabaduse jälgida intervjuueeritavate käitumist ja vastamist ning kvaliteetsema informatsiooni saamiseks suhtlust suunata või esitada lisaküsimusi.

Kuna magistritöö on kirjutatud ajal, kus Covid-19 viirushaiguse tõttu on riigi poolt seatud liikumispiirangud, siis on otsustatud kasutada sünkroonset suulist veebi-intervjuud. Platvormiks on valitud Skype programm, kuna see on Eestis laialt levinud videokõne võrgustik. Antud platvorm võimaldab kergelt intervjuueeritavatega ühendust võtta ning vestlust salvestada. Suureks tugevuseks eelmainitud meetodi puhul on see, et mõlemad osapooled saavad olla endale sobivas ja turvalises füüsilises ruumis ning ei pea end tundma ebamugavalt võõra keskkonna tõttu (Murumaa-Mengel, 2020). Samuti on leitud, et läbi Skype platvormi intervjuueeritavad inimesed on oma isikliku aja ja intervjuu pikkuse pärast vähem mures, sest nad on selleks üldiselt paremini valmistunud ning valinud enda jaoks mugava keskkonna (Lo Iacono, jt., 2016). See võib lahendada probleemi, kus praeguses üleriigilises eriolukorras on

sotsiaalalal töötavatel inimestel vähe aega ning töökohustuste tõttu võib intervjuu pikkus lüheneda või hoopis ära jääda.

Intervjuude kogupikkused olid erinevad ning sõltusid sellest, kui palju informatsiooni oli intervjuueeritaval võimalik jagada. Keskmiselt kestis üks Skype intervjuu 36 minutit. Üks inimene vastas küsimustele kirja teel.

2.3. Uurimuses osalejad

Magistritöös on läbi viidud 10 intervjuud, millest 9 leidsid aset Skype-s ning üks inimene vastas küsimustele kirja teel. Kuna uuritud on eakate depressiooni olemust läbi spetsialistide perspektiivi, siis on otsustatud intervjuueeritavad jagada kaheks. Viis intervjuud on teostatud sotsiaaltöö alal töötavate inimestega ning ülejäänud viieks inimeseks on valitud vaimse tervise eksperdid. Peamiseks kriteeriumiks uurimuses osalejatele oli töökogemus eakate inimestega.

Potentsiaalsete intervjuueeritavate poole pöörduti e-kirja teel. Osalejate otsimiseks kasutati nii Google abi kui ka lumepallimeetodit, mille puhul prooviti osalejaid leida teiste ekspertide kaudu. Kokku saatis magistritöö autor 51 e-kirja, peamiselt hooldekodudele, haiglatele, erinevatele nõustamis- ja tervisekeskustele ning sotsiaaltööga tegelevatele asutustele. Koroonaviirusest tingitud äkiliselt suurem töökoormus sotsiaal- ja tervishoiualal oli peamine põhjus, miks intervjuus osalemisest loobuti. Samuti oli mitme spetsialistiga intervjuu juba kokku lepitud, kuid peale esimesi koroonaviiruse surmasid märtsi lõpus läks olukord tõsisemaks ning intervjuud jäid ära, mistõttu oli vajalik jätkata edasisi otsinguid.

Anonüümsuse huvides ei avalikustata intervjuus osalejate nimesid, kuid ameti poolest oli tegemist psühholoogide, sotsiaalasutuste juhatajate, sotsiaaltöötajate, teadurite ja hingehoidjatega.

2.4. Uurimuse käik

Magistritöö kirjutamist alustasin 2019. aasta oktoobri lõpus kui kaardistasin enda jaoks uurimisprobleemi ja eesmärgi. Seejärel panin paika uurimisküsimused ning hakkasin otsima teoreetilist materjali. 2020. veebruaris kirjutasin valmis intervjuu kava ning peale juhendajaga suhtlemist alustasin vaikselt intervjuude läbi viimist. Plaanisin teha 4 intervjuud vanemaealiste inimeste või nende lähedastega ning 4 intervjuud spetsialistidega, kuid märtsi alguses pidin töö

fookust muutma, mistõttu otsustasin läbi viia 5 intervjuud sotsiaaltöö ning 5 intervjuud vaimse tervise spetsialistiga.

Märtsi teisest nädalast asusin otsima uurimusse osalejaid ning sobivate sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistidega võtsin ühendust e-maili kaudu. Tutvustasin ennast kui Tartu Ülikooli magistranti, andsin ekspertidele aimu töö ideest ning selgitasin Skype intervjuu valikut. Esimene Skype intervjuu toimus 20. märtsil ning viimane, ehk kümnes intervjuu, leidis aset 28. aprillil. Kuna transkribeerisin kõik intervjuud ära kohe peale intervjuu lõppu, sain peale viimase intervjuu toimumist hakata kogutud andmeid analüüsima.

2.5. Andmeanalüüsi meetod

Uurimuse autor viis läbi 9 intervjuud läbi Skype platvormi ning 1 inimene vastas küsimustele kirja teel. Intervjuuosaliste nõusolekul lindistati Skype intervjuud nii platvormisisesel lindistamiseks mõeldud rakenduse kui ka eraldi ühe salvestusprogrammiga. Peale seda kirjutati käsitsi transkriptsioonid Word dokumentideks. Antud magistritöö uurimisküsimuste vastuste leidmiseks on kasutatud temaatilist analüüsi. Eelmainitud analüüsi puhul pööratakse lisaks eelnevalt sõnastatud teemadele tähelepanu ka sellele, mis on uurimuses osalejate jaoks oluline, mistõttu õigustab ennast pool-struktureeritud intervjuukava kasutamine ning intervjuueeritavalt on võimalik informatsiooni saada ka intervjuu käigus tekkinud lisaküsimuste kaudu (Kalmus, jt., 2015).

Saadud transkriptsioonide paremaks analüüsimiseks on kasutatud avatud kodeerimist, mille eesmärgiks on põhjalik teksti tundmaõppimine ning intervjuueeritava mõttemaailma mõistmine ning on leitud peamised märksõnad, mida uurimuses osalejad välja tõid (Lepik & Strömpl, 2014). Kirjeldamiseks sarnaseid lauseosasid või mõtteid, on teksti kokkuvõtmiseks loodud koodid. Saadud koodid on koondatud omakorda kategooriatesse, mis moodustasid magistritöö tulemuste osa peatükid ning teostati analüüsi, kus otsiti vastuseid magistritöö uurimisküsimustele. Näiteks, esimeseks kategooriaks on depressiooni definitsioon, mille alla käisid järgnevad koodid: väljend, määratlus, periood, kokkupuude, ettekujutus jne.

2.6. Uuriija refleksioon

Eetikast lähtudes oli tööd kirjutades ja intervjuusid läbi viies kõige suuremaks probleemiks erapooletuks jäämine. Kuna mul on nii teoreetilisi materjale lugedes kui eluliste kogemuste tõttu tekkinud omad vaated ja hoiakud, tuli mul need alla suruda ning jääda intervjuuerides ja tööd analüüsides neutraalseks. Teadsin, et intervjuusid läbi viies ei tohi ma oma vaateid ja hoiakuid peale surudes intervjuueeritavate suhtlust suunata oma tõekspidamistele sobivaks, mistõttu arutasime intervjuu kava koostades juhendajaga läbi iga küsimuse ja selle relevantsuse. Samuti, vaadates sotsiaalpoliitika assotsiatsiooni eetikajuhiseid, pean silmas pidama ka kohustusi oma teadustöös osalejate ees: täpsemalt punkti B3, mis käsitleb haavatavaid grupe (Social Policy Association, 2014). Kuna kirjutan oma töö laialt levinud vaimse tervise probleemist, mis võib olla isiklikult puudutanud ka intervjuueeritavaid, pean intervjuu ajal silmas pidama, et mu küsimused ei tee neile liiga.

Lubasin intervjuueeritavatele, et nad jäävad anonüümseks, mistõttu ei avalda ma nende isikut ega täpset ametinimetust. Enne intervjuu algust selgitasin igale intervjuueeritavale, et salvestan kogu dialoogi ning salvestis ega transkriptsioon avalikuks ei lähe, vaid saadud andmeid kasutan oma töö analüüsimisel. Kõik salvestised said peale transkriptsiooni kirjutamist hävitatud ning analüüsis kasutatud tsitaadid on esitatud nii, et isikut ei oleks võimalik identifitseerida.

Kõige keerulisemaks asjaoluks antud magistritöö kirjutamisel kujunes kohanemine maailmas asetleidva pandeemiaga. Mul oli esialgu plaanis läbi viia intervjuud näost-näku ning lisaks sotsiaalala ja vaimse tervise spetsialistidele kaasata uurimusse ka eakad, kuid nii hooldekodude kui ka üleüldiselt eakate soovitusliku isolatsiooni tõttu ei pidanud ma eetiliseks oma töösse eelmainitud gruppi lisada. Pidin oma fookust muutma, keskenduma ainult ekspertidele ning intervjuud tegema läbi Skype platvormi. Olen väga tänulik spetsialistidele, kes leidsid äkiliselt suurenenud töökoormuse kõrvalt aega minu uurimuses osaleda.

Kuna oma bakalaureusetöös kasutasin kvantitatiivset lähenemiseviisi, siis töö algusfaasis pelgasin kirjutama asumist. Ma olen intervjuusid ka varasemalt läbi viinud, kuid nii suuremahulist kvalitatiivse uurimisviisi suunaga tööd kirjutasin esmakordselt. Nii teooriat lugedes kui intervjuusid tehes sain aru kui keerulise teemaga on depressiooni puhul tegemist. Esiteks, isegi selle ala spetsialistid ei ole konsensusel definitsiooniga: kas tegemist on häire või haigusega. Teiseks, tunnetasin, et intervjuueeritavad vajasis tihtipeale küsimustele vastamiseks pikemat mõtlemisaega. Arvan, et on lihtne kinni pidada näiteks erinevatest ravijuhistest ja

punkt-punkti haaval sümptomitele linnukesi märkida, aga teemasse sügavalt süvenedes võib kohata hoopis muid arvamusi ja reaalseid kogemusi.

3. Tulemused

Antud peatükis on esitatud analüüsi käigus saadud tulemused alapeatükkidena, mis on struktureeritud kodeerimise käigus saadud kategooriate kaupa. Intervjueeritavate tsitaadid on välja toodud kursiivis, irrelevantsed lauseosad on tähistatud kahe sulu vahel oleva kolme punktiga, erinevate inimeste tsitaadid on omavahel eraldatud semikooloniga ning tekstisisesed täpsustused on kirjutatud nurksulgudesse. Autoripoolsed kommentaarid ja mõtted on esitatud tavalises kirjastiilis.

3.1. „See on nagu mädasoo“ - depressiooni definitsioon

„Muidugi on selline asi nagu depressioon olemas, aga depressioon kui haigus – selle olemus sõltub väga palju definitsioonist.“

Depressiooni kui vaimse tervise probleemi puhul on märkimisväärne, et kokku ei ole lepitud ühist ülemaailmset definitsiooni, mistõttu võib jääda mulje, et vaimse tervisega tegelevad inimesed peavad seda oma kogemuste põhjal ise tõlgendama. Suurem osa intervjueeritavatest arvasid, et tegemist on haigusega ning rõhutati, et see vajab ravi, sest kliinilist depressiooni ei ole ilma professionaalse sekkumiseta võimalik kontrolli alla saada: *„Tegemist pole kaugeltki lihtsalt paha tujuaga, millesse vähese teadlikkuse tõttu ühiskonnas stigmatiseerivalt suhtuda; (...) ta on haigus nagu iga teinegi, mille vastu on ravi (...) aga ta ei ole selline haigus nagu kergesti mööduv köha ja nohu, mis ei jäta erilisi tagajärgi; Kui ma peavaluga võtan rohtu, siis miks ma depressiooniga ei peaks võtma rohtu või mitte pöörduma arsti juurde.“* Samas leidis ka neid, kes ei tahtnud terminit kindlalt määratleda, vaid kasutasid enda mõtete väljendamiseks teistsugust lähenemist: *„See on nagu mädasoo, kus inimene ei suuda või ei taha väljapääsu leida (...) meditsiin ja ravimid sinna juurde tulevad nagu parv, mis annavad sulle mingi kindlustunde (...) aga ülejäänud töö tuleb teha inimesel endal; (...) kasutan enda töös võimalikult vähe sõna depressioon, vaid eelistan sõna depressiivsus (...) minu jaoks ei ole oluline, kas inimesel on RHK (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon - autor) diagnoosi linnuke olemas, vaid missugune on ta depressiivsuse tase.“* Intervjuudest võib järeldada, et spetsialistid tuginevad depressiooni mõtestamisel peamiselt enda kogemustele. Kuna ühine definitsioon puudub, siis peavad spetsialistid leidma väljundi, kuidas depressiooni kui vaimse

tervise probleemi määratleda ning kuna kokkupuuted ja kogemused on erinevad, siis sellest lähtuvalt arenevad välja ka spetsialistide hoiakud.

Kogemused pärinevad spetsialistidel mitmetest allikatest ning on formuleerunud erinevatel ajajärgudel. Toodi välja näiteks isiklike kogemusi: „(...) olen seda kõrvalt näinud (...) see on aidanud kaasa ettekujutlusele, et see ei ole midagi sellist, millest inimene peab üksinda üle saama; Pidin väga varakult endale selle haiguse selgeks tegema, kuidas sellise pereliikme kõrval elada (...) olen olnud depressioonis inimeste kõrval ning mul on tulnud seda väga tõsiselt võtta; See on selline periood elus, mis tuleb läbi elada, et teada, mida see tegelikult tähendab.“ Samuti aitas intervjueeritavaid haridustee valik: „(...) kui läksin õppima kõrgkooli, siis seal kujundati hästi jõuliselt seisukohta, et see on haigus, milline see välja näeb ja mida sellega saab ette võtta; Keskkoolis hakkasin uurima erinevate psüühikahäirete kohta enda huvi tõttu (...) hiljem [kõrghariduse] õpingute käigus saime üldised teadmised nii somaatiliste kui psühhiaatriliste hädade kohta oma ala spetsialistidelt.“ Intervjueeritavate kogemused kokkupuutel lähedase põetud depressiooniga on põimunud erialateadmistega, mistõttu pole spetsialistidel võimalik kindlalt väita, millest nad oma töös lähtuvad.

Ühise depressiooni definitsiooni puudumise tõttu on tekkinud segadus nii eriala spetsialistide kui ka patsientide seas. Levima on hakanud erinevad arvamused ja stereotüübid, mis teevad depressiooni diagnoosimise ja probleemi mõtestamise raskeks igal sellega kokku puutuval inimesel: „(...) Absoluutselt mingil hetkel on see haigus, kui see ei ole nagu seisukoha võtt (...) nagu näiteks noorte puhul (...) [kes] võtavad ise seisukoha, et neil on depressioon, aga ilminguid, mida on näha depressiivsetel täisealistel, noorte puhul märganud ei ole (...) nende hulgas on keeruline piire seada ja mõista; Vahepeal läks see nõ moehaiguseks, seda diagnoositi palju, inimesed läbisid elulisi kriise ja siis löödi kohe tabletid peale, et oh sul on depressioon.“ Depressiooni kahtlusega inimestega tegelemine on läinud viimase kümnendi jooksul sagedasemaks, kuna näiteks noorema generatsiooniga on hakatud rohkem tegelema. Vaimse tervise hädasid käsitledes on probleemiks saanud inimeste valed arusaamad, sest näiteks depressiooni puhul ei tähenda kurva meeleolu teke depressiooni olemasolu. Samas ei saa tugineda ainult väljatöötatud mõõdikutele: „Me ei saa öelda, et inimene, kes jääb napilt alla [kriteeriumite] piiri, et tal on kõik korras; (...) mõnikord on [kergemate depressioonivormide haiguseks nimetamine] päris normaalsete seisundite liigne medikaliseerimine.“ Eelmainitud olukord soodustab väärade nägemuste ja tõekspidamiste levikut, sest kurb meeleolu võib olla loomulik reaktsioon mõnele elusündmusele. Palju sõltub sellest, mis keskkond vanemaealist inimest ümbritseb: „(...) üldine arvamus on selline, et

vananemine ja depressioon ongi paratamatult käsikäes (...) see, kuidas ühiskond ja keskkond vananemisse suhtub, millise keskkonna ta loob vananejale, sellest palju sõltubki; Kui väljast tuleb selline signaal, et ah mis sa simuleerid, siis see kapseldab inimese ära, ta ei taha sellest välja tulla ja sellel võivad olla kurvad tagajärjed.“ Intervjueeritavad kirjeldavad ühiskonnas tekkinud keerulist olukorda, kus sildistatakse ennast ekslikult depressiivseteks inimesteks, mistõttu devalveerub depressioon haigusest lihtsalt negatiivseks meeleolumuutuseks, mis on omakorda andnud soodsa pinnase stereotüübile, et depressioon on eakate inimeste puhul paratamatu. Intervjuudest selgub, et depressiooni üldiselt ei diagnoosita võimalikult täpselt ning eakatel on ta vanaks saamise osa: „*Kui keskkond ongi selline, mis eeldab, et sul ei ole rõõmu, arenemisvõimalust ega tulevikku, siis langetaksegi depressiooni.*“ Samas, alati ei saa vaadata RHK kriteeriumeid selleks, et eelmainitud vaimse tervise probleemi diagnoosida, sest iga depressioon on oma nägu.

Depressiooni definitsiooni määratlus oli intervjueeritud spetsialistide hulgas valdavalt kogemuspõhine, mis avaldus nii isiklikul kokkupuutel, omandatud haridusega kui ka töökogemuste käigus. Ühiselt tunti, et tegemist on probleemiga, millega tuleb tegeleda. Ühtse definitsiooni puudumise tõttu on tekkinud arusaamatus nii ekspertidel kui tavainimestel ning esile on kerkinud stereotüübid, mille tagajärjeks võib olla depressiooni aladiagnoosimine Eesti ühiskonnas ning abivajavate vanemaealiste inimeste nn mädasoo laukasse vajumine.

3.2. „Kui see on muutunud uueks normaalsuseks“ - eakate depressiooni esmased ohumärgid

Intervjueeritavad leidsid, et põhisümptomid on üldiselt erinevates vanusegruppides sarnased, aga väljendusviisid on erinevad. Töökogemuse tõttu suudavad spetsialistid käitumismustrite najal depressiivsuse taseme ära tunda ning eristavad eakate ja noorte depressiooni ilmingute järgi: „*Eakad hakkavad iga asja peale kergesti nutma, osaleda ja rääkida ei taha (...) ja ollakse hästi apaatsed; Tihti kuulan seda lauset, et (...) ma olen juba nii vana, mis seal ikka.*“ Vanemaealistel tekib tihtipeale ebavajalikkuse ja teistele koormaks olemise tunne, mistõttu võtavad nad ise vähem kontakti ning seetõttu ei pruugi eakad ega nende lähedased vaimse tervise probleemi märgata. Füüsilise tervise roll mõjutab samuti depressiooni kulgu, kuid vanemaealised inimesed ei pruugi sellest aru saada, sest kehalised probleemid annavad paremini tunda. Selline tervislik seisund on koormav ning hakkab pärssima vaimse tervise heaolu: „*Inimene kaebab neid probleeme, millest ta varem pole otseselt nii palju rääkinud, aga*

nüüd annavad need rohkem märku – näiteks peavalud ja unehäired (...) pigem on fookus kehalistel probleemidel vastupidiselt noortele, kes hakkavad kohe rääkima psüühika vaegusteks, sotsiaalsest isoleerimisest ja pakuvad ise välja, et neil võib olla depressioon.“ Leiti, et vanemaealistel on rohkem füüsilisi ja mälu seotud sümptomeid kui noortel ning spetsialistid oskavad neid märgata, mistõttu tasub uurida ka igapäevase meeleolutaseme kohta. Üldiselt olid uurimuses osalejad arvamusel, et iseenda probleemidest mööda vaatamine ei sõltu vanusest – peamine indikaator on väljendusviis. Noored inimesed on vaimse tervise probleemidest teadlikumad ning ei häbene nendest rääkida, kuid vanemaealiste puhul on tegemist tabuteemaga, mistõttu peavad spetsialistid märkama millest vanem inimene räägib ning kuidas ta räägib.

Võib juhtuda, et eakad inimesed julgevad probleemiga silmitsi seista siis, kui on juba liiga hilja: „*Ise nad tunnistavad tõenäoliselt sellises järgus, kus ilma tablettideta tõenäoliselt enam ei saa; eakad (...) on leppinud olukorraga ning kui inimene lebib millegagi siis see muutub uueks normaalsuseks; Kui sa näed maailma niivõrd mustana (...) kui on depressioon (...) siis ei suuda enam [enda heaolu] analüüsida.*“ Lähedaste inimeste ja kõrvalseisjate roll on hädavajalik, sest nemad tunnetavad ilmselt kõige paremini muutust, mida depressioonis vanemaealine on läbinud. Depressiooni olemasolu tuleb väga tihti välja pigem lähedaste kui eakate enda jutust. Kuna vanemaealised inimesed ei räägi oma vaimse tervise hädadest ning sotsiaal- ja tervishoiutöötajatel ei ole tihtipeale infot ega aega, et võrrelda inimese muutumist mitmete aastate vältel, on lähedased inimesed eakale kõige suuremaks ressursiks, alustades probleemi märkamisega, lõpetades professionaalse abi poole suunamisega. Raskemad juhtumid on eakatega, kellel lähedasi inimesi ei ole, või elavad kaugel: „*Inimesed, kellel pole lähedasi, kes ei käi väljas, või kellel puuduvad teadmised, et on võimalik minna eakate keskustesse (...) – me kaotame nad kaardilt; Kliinilise depressiooni puhul vältab ravi aastaid ning selle üheks komponendiks peab olema emotsionaalne toetus, aga seda paraku ei suudeta võimaldada.*“ Kui depressiooni põdeval eakal ei ole lähedasi, kes probleemi märkaksid ning teraapia kättesaadavus on niigi raskendatud, siis tagajärjed võivad nii üksikjuhtumi põhiselt kui ka tervishoiuteenuste ülekoormatuse tõttu ühiskondlikul tasemel olla väga kurvad, mida peegeldab ka depressiooni taseme statistika.

Vanemaealise inimese depressiooni ilmingud väljenduvad väga erinevalt. Mõned on väga emotsionaalsed ning teised vastupidiselt apaatsed. Samuti kurdetakse pigem füüsilisi probleeme, mistõttu ei osata oodata ega vaadata selle varjus peitvat depressiooni ning see võib jääda diagnoosimata. Kuna eakad inimesed üldiselt ei kurda oma probleeme, vaid peavad seda

normaalsuseks, võib depressiooni diagnoos jääda hiljaks, mistõttu on oluliseks ressursiks lähedased inimesed, kes võiks potentsiaalset probleemi märgata ning abivajajat teenusepakkujateni suunata.

3.3. „Seda võib nimetada ühiskonna katkuks“ - depressiooni levik Eesti vanemaealiste hulgas

Intervjueeritavad uskusid, et uuringutest välja tulnud statistilised andmed ei peegelda tegelikkust ning depressiivsete eakate arv Eestis on tunduvalt suurem: „*Mina arvan, et see on üle 50% [eakatest], võibolla isegi 60% või 70%.*“ Ekspertid on sellega palju kokku puutunud ning näevad, et probleem on suurem kui numbritest paistab: „*(...) levik on päris suur; Arvan, et diagnoosimisi on vähem kui on esinemisi; (...) need eakad, kellega mina kokku puutun, on kõik rohkemal või vähemal määral depressiooniga hädas; Seda võib nimetada ühiskonna katkuks – naaber seina taga ei tea, kas naaber on elus.*“ Intervjueeritavad toovad välja, et statistika ja tegelikkuse ebakõla põhjuseks on depressiooni aladiagnoosimine, sest eakad inimesed ei räägi oma probleemidest. On suur tõenäosus, et vanemad inimesed puutuvad kokku järsult elumuutvate sündmustega, olgu selleks koondamine või lähedase kaotus, mistõttu teadvustatakse, et depressiivsete episoodide puhul võib tegu olla normaalse olukorrale reageerimisega. Samas võib see valla päästa depressiooni, mida on hiljem raske tagasi kontrolli alla saada. Lisaks väideti ka seda, et keegi täpselt ei tea, mis on vananemise juures normaalne: „*Mitte keegi ei ole meile õpetanud, mis on vananemine. Me õpime eeskujudest ja eeskujud on juhuslikud (...) Kui sa isegi ei teadvusta, et depressioon ja vananemine ei käi kokku, siis kust sa peaksid teadma abi küsida.*“ Eestis on levinud vanasõna, et tark õpib teiste vigadest, rumal ainult enda omadest. Kui teiste puhul ei teadvustata, et tegemist on veaga, ei ole võimalik sellest ka õppida. Vanemaealine võib olla minevikus näinud oma vanemaid või vanavanemaid kannatamas depressiooni käes, kuid kuna probleemi ei tunnista, siis tundub selline vananemine normaalsena.

Uurimuses osalenud eksperdid tunnetavad oma igapäevatöös ühiskonnas olevat stereotüüpi, mis eeldab, et depressioon on vanemas eas paratamatu: „*(...) nad ei pöördu [spetsialisti juurde] või siis kirjutatakse seda, et vanur peabki olema selline; (...) see ongi depressiivne, see tunne olla vana.* Uskumus, et depressiivsus on vanemas eas normaalsus, on jõudnud igasse vanuserühma. Kui nooremad inimesed peavad seda ordinaarseks, raskendab see eakate depressiooni diagnoosimise. Kui eakad inimesed peavad seda paratamatuks, võib see nende

depressiivsust ainult süvendada: „*Paljud vanemad inimesed ei lähegi kuskile selle hädaga, vaid mõtlevad, et see käib vananemise juurde.*“ Sellest võib järeldada, et üheks suureks aladiagnoosimise põhjuseks on arvamus, et depressioon käib tavalise vananemise juurde, kuid tegelikkuses on täiesti võimalik vananeda tervelt ja rõõmsalt. Eakad inimesed elavad oma vanade harjumuste järgi ning kui minevikus vaimse tervise probleemidest ei räägitud, siis ei kipu nad ka tänapäeval seda tegema.

Vanemaealiste depressiivsete elanike hulk Eestis on sedavõrd suur, et intervjueeritavad pidasid seda nn ühiskonna katkuks. Suure tõenäosusega puututakse vanemas eas rohkem silmitsi äkiliselt elu muutvate sündmustega, mille tagajärjel ei oska inimene juhtunule tervislikult reageerida, sest keegi ei ole neile õpetanud, mis on vananemine. Eelkäijatest või lähedastest inimestest jäänud käitumismudel võib edasi anda vale mulje ning kui näiteks inimesel on olnud depressiooni põdenud eeskujud, kes ei kurda oma probleemi, tekib efekt, et see on normaalsus ning ratas hakkab veerema ka järeltulevate generatsioonide puhul.

3.4. „Tõsi, et tablett tekitab usaldust“ - depressiooniravi Eestis

Depressiooni ravimeetodeid on mitmeid ning paljud neist on ka Eestis kättesaadavad, kuid kõige tõhusamaks raviviisiks pidasid spetsialistid kompleksset lähenemist, mis hõlmab akadeemilist psühholoogiat ning kaasaegset meditsiini. Ravimid aitavad orgaaniliste ühenditega tasakaalustada ajukeemiat, kuid potentsiaalseid sekkumisviise on mitmeid: „*(...) vestlusel on väga suur roll, arvestades, et meie eakad tunnetavad meeletut üksildustunnet.*“ Iga inimese depressioon on erinev ning nõuab patsiendi vajadustele kohast sekkumist. Üheks põhjuseks, miks peamiselt kasutatakse ainult psühhoteraapiat ja ravimeid, on patsientide ja arstide teadmatus ning varasemalt kujunenud hoiakud: „*(...) ka valgusravi on väga hea (...) nad tõenäoliselt isegi ei tea, et selline asi on olemas.*“ Olulised on ka depressiivse eaka enda ressursid, suhtumine ravisse ning laiema võrgustiku toetus. Samas, kui inimesel on tugev vastumeelsus, siis võib juhtumipõhiselt süvitsi keskendumata jääda abi saamata: „*Teraapia puhul on väga suur komponent terapeutiline suhe – kui inimene selle terapeudiga ei sobi (...) [siis] teraapia ei hakka iial toimima; Ei piisa ainult sellest, kui on väga hea tervishoiuteenus, sinna hulka kuuluvad ka lähedased, sõbrad, tuttavad, naabrid, õed, vennad.*“ Spetsialistide ajapuuduse või profaansuse tõttu on jäänud mitmed sekkumisvõimalused täielikult kasutamata. Suure tõenäosusega ei ole see depressiooni põdeva vanemaealise inimese süü, et ta ei ole varasemalt kuulnud näiteks valgusravist. Vaimse tervise probleemi tunnistamine on eakatele

inimestele väljakutse ning antipaatia teke on normaalne reaktsioon, kui see ei ole nende varasemate hoiakutega kooskõlas.

Väga tihti kirjutatakse antidepressandid välja juba esmavisiidil, mis võib viidata sellele, et ravimeid kirjutatakse liiga kergekäeliselt välja. Ühelt poolt on see kliinilise depressiooni puhul mõistetav, et mõjutada aju biokeemiat. Teiselt poolt näitab see suurt probleemi meie tervishoiusüsteemis. Spetsialistidel ei ole ajapuuduse tõttu võimalik klientidega põhjalikult tegeleda, sest nad on tihtipeale olukorras, kus on vaja teha kiireid otsuseid: „(...) *[kui vastuvõtt kestab] 20 minutit, siis võivad osad arstid minna seda teed, et igaks juhuks pannakse ka kergematele juhtumitele ravimid peale.*“ Uurimuses osalenud inimesed viitasid sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis olevale omavahelisele lõhele, kus depressiooni põdev eakas liigub ühest asutusest teise, kuid spetsialistidel ei ole platvormi, kus omavahel infot jagada: „*Vahepeal võib juhtuda nii, et inimene tuleb psühhiaatriaiglast välja ja talle on määratud mingisugune ravim kolmeks kuuks ja siis perearst automaatselt pikendab seda ravimit, mõtlemata läbi, kas oli vaja seda pikendust üldse teha.*“ Samuti ei pruugi spetsialistidel olla piisavalt pädevust, et vaimse tervise probleemidega professionaalsel tasemel tegeleda: „*Perearstidel ei ole väga palju kokkupuudet terapeutiliste võtetega; Paljud ei tea kuhu suunata, kuskohas kliinilised psühholoogid võiksid töötada; (...) sageli kirjutatakse [peale lähedase surma] kohe rohud peale, aga tegelikult see halvendab inimesel leinaga toimetulekut.*“ Depressiooni ravimine antidepressantidega ei ole midagi halba, kuid ravimeid on tohutult ning võib kuluda pikka aega enne, kui leitakse patsiendi organismile sobiv tablett. Probleem tekib aga siis, kui vanemaealine inimene saab vale ravimi ning spetsialistil ei ole piisavalt aega, et juhtumipõhiselt ravimi toimet analüüsida, sest see võib põhjustada vanemaealistel uusi probleeme: „*Uuringud on näidanud, et mida kauem eakad inimesed [ravimeid] võtavad, seda rohkem on neil mäluhäireid ja dementsust tulevikus.*“ Liiga kergekäeline ravimite väljakirjutamine ei pruugi aga olla ainult arstide ja psühhiaatrite süü.

Oma roll ravimite kergekäelisel väljakirjutamisel võib olla ka eakatel. Ühiskonnas on levinud stereotüüp, et vanemaealised inimesed eelistavad teistele ravimeetoditele tablette. Põhjused selleks on mitmeid. Esiteks, võimekus proovida midagi muud: „*[eakad] puht füüsiliselt ei jaksa käia nõustamistel ja teraapiates.*“ See nõuab neilt uusi majanduslikke väljaminekuid, et jõuda asutusse, kus terapeut töötab. Samuti ei pruugi juba depressioonis oleval eakal olla jõudu, et kodust väljuda. Teiseks, ajalooliselt välja kujunenud hoiakud: „*Teraapia on ikkagi nõukogude süsteemist tulnud inimestele suhteliselt võõras asi – on tõsi, et tablett vanematele inimestele tekitab usaldust; Ma ei ole ühtegi vanemaealist inimest näinud, kes käiks psühhoterapias.*“

Kolmandaks, suure tõenäosusega esinevad depressiivsel eakal ka teised tervisehädad, mistõttu on neile ravimeid juba välja kirjutatud: „(...) *tal on rohkem erinevaid kroonilisi haiguseid; [antidepressante] on lihtsam eakale tutvustada ja tema rutiini kaasata, et võtad lihtsalt ühe tableti juurde.*“ Samas leidis intervjuueeritavate hulgas ka neid, kes pidas eelmainitud stereotüüpset käitumist müüdiks: „(...) *pigem olen kohanud seda, et eakad inimesed ei taha rohtu võtta ja hakkavad neid peitma nagu lapsed; Mina olen täheldanud, et [eakad] võtavad terve kokteili ravimeid ning ei taha midagi uut juurde võtta – tahan teraapiat.*“ Selge on aga see, et spetsialistid peavad andma endast parima, et tutvustada depressiooni käes vaevlevale eakale erinevaid ravivõimalusi ning ühiselt leidma talle sobivaima viisi, et depressioonist välja tulla. Harjumuslikku käitumist, mis asetab rõhu farmakoteraapiale, jättes kõrvale kõik teised teraapiaviisid, on nii spetsialistide kui eakate hulgas.

Kuigi kompleksne sekkumisviis tundub olevat vanemaealiste depressiivsete inimeste puhul parimaks sekkumisviisiks, ei pruugi abivajavad eakad sellegipoolest kvaliteetset teenust saada. See võib jääda nii patsiendi enda kui ka spetsialistide teadmatuse ja hoiakute taha. Samuti võib põhjuseid leida lõhenenud tervishoiusüsteemist ning spetsialistide vähesuse tõttu tekkinud ajapuudusest. Tablett ei tekita usaldust ainult eakale inimesele, kelle rutiini võib ravimikokteil juba sisse integreeritud olla, vaid ka spetsialistidele, kes peavad tegema kiireid otsuseid, et ukse taga ootavat järjekorda lühendada. Samuti on ravimeid lihtsam tutvustada ja vajadusel pikendada.

3.5. „Eakate hobitegevus kui meelelahutus?“ - riigipoolne toetus vanemaealiste depressiooniga tegelemisel

Sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid olid üldiselt üksmeelel, et riik ei ole seni probleemi lahendamiseks hakkama saanud, sest selle olemasolu ei ole tunnistatud. Peamiselt on fookus suunatud lastele ja noortele, mis võib olla küll tulevikku suunatud ennetustöö üheks osaks, kuid praegust tulekahju see sellegipoolest ei kustuta: „*Strateegilist lähenemist, võimalik, et ei ole (...) kui rääkida üldiselt kui palju tegeletakse eakate või lastega, siis laste teemad on riiklikul tasandil enam läbi mõtestatud; Me peame ise riigina mingi hetk otsustama, et me peaksime kõikide rühmadega, mitte ainult laste ja noortega, tegelema.*“ Samuti tuleb kindla süsteemi puudumise tõttu välja ka spetsialistide endi teadmatuse: „(...) *praegu jääb suur hulk eakaid abita, sest erinevate süsteemide vahel on augud; kui mina spetsialistina päris hästi ei tea [kuhu oleks kõige õigem teda suunata], siis kuidas see inimene ise kodus peaks teadma.*“ Riigi poolt

rahastatud vanemaealiste huvi- ja hobitegevused kannavad suuremat eesmärki kui lihtsalt vaba aja veetmine. Üksildus on üheks suuremaks depressiooni põhjustajaks eelmainitud vanusegrupis, mistõttu võivad ühistegevused aidata kaasa vaimse tervise paranemisele ja probleemide ennetamisele: „*Riik aga käsitleb vanemaealistega seotud hobitegevusi kui meelelahutust – see ongi [riigi] sõnum.*“

Ka vanemaealiste depressiooni jaoks mõeldud ravi ja hooldusvõimalusi ei peeta piisavaks, sest need ei ole piisavalt kättesaadavad ning on üldiselt alarahastatud. Paralleele võib tõmmata sellega, et fookus on pigem nooremal vanusegrupil ning ressursid on samuti vastavalt ära jagatud, sest praegu jääb puudu asutustest, kus saaks eakatega vajaduspõhiselt tegeleda: „*(...) eakate keskused on KOV rahastada ning on üsna alarahastatud.*“ Spetsialiste on puudu igas valdkonnas ning järjekord on olenemata vanusegrupist pikk. Teenuseid on vähe ja nende tähendus pole läbi mõeldud. Koduhooldus on siiani instrumentaalne abi, kuid psühhosotsiaalset tuge eakatele teenuste näol ei pakuta: „*(...) hooldustöötaja külastus paar korda nädalas ei leevenda probleemi, sest (...) ülejäänud ajast on ta ikka üksi.*“ Lisaks tervishoiu ressursside vähesusele on jätkuvalt probleemiks ühiskonna suhtumine depressiooni kui tõsisesse vaimse tervise probleemi: „*(...) teine probleem on inimeste ravile motiveerimine (...) kui stigma on ühiskonnas tugev, siis pole sellest väga kasu.*“ Aasta-aastalt on tingimused läinud paremaks, haiglakeskkonnas on ravivõimalused head, kuid hooldekodudes ja päevakeskustes napib piisavalt majanduslikke ressursse, et vaimse tervisega põhjalikumalt tegeleda. Samuti tuleb aina rohkem juurde vaimse tervise spetsialiste, kuid praegusel ajal ei ole neid sellegipoolest piisavalt. Abikäe on ulatanud kolmas sektor nagu näiteks MTÜ Peaasi: „*Mina olen rohkem näinud sellist kolmanda sektori ettevõtmiste kaudu tehtud teavitustööd; Praegu ma tean, et hakatakse rakendama vabatahtlike süsteemi, kes võiksidki käia kodudes ja täita siis seda suhtlusvaeguse rolli ja olla sellised seltsilised ja sõbra ja toetaja rollis, mitte ainult see hooldaja, kes tuleb ja peseb põranda ära ja ütleb, et nüüd on kõik ja ma pean lihtsalt järgmise juurde jooksuma.*“ Samas ei saa oodata, et kolmas sektor koorma enda kanda võtaks, vaid riik peab rohkem panustama eakate vaimse tervise probleemide preventatsioonile ja hooldusvõimalustele. Teiseks võimaluseks on rohkem toetada MTÜ-de ja erinevate pilootprojektide tegevust, mis võiks vanemaealiste depressiooniprobleemi ühiskonnas leevendada, kuid kui probleemi riigitasandil ei tunnistata, siis ei ole õiglane ka vabatahtlike tööst suuri tulemusi oodata.

Riigipoolne fookus on olnud depressiooniga tegelemisel seniajani suunatud põhiliselt noortele, mistõttu ei ole vanemaealises vanusegrupis lokaalse probleemi lahendamine riiklikul tasandil

läbi mõtestatud. Teenused, mis tuleksid depressiooni põdevale vanemaealisele kasuks, ei ole piisavalt kättesaadavad, on alarahastatud või käivad inimestele majanduslikult üle jõu. Üksildus on üheks suuremaks depressiooni põhjustajaks ning seda saaks leevendada ühistegevuste ja sotsialiseerumise kaudu näiteks nii päevakeskustes kui hooldekodudes, kuid kui hobitegevust käsitletakse kui meelelahutust, mitte võimaliku sekkumisviisina, saadab riik sellega omapoolse sõnumi, et probleemi ei tunnustata, või siis ei piisavalt oskusi ega teadmisi sellega tegeleda.

3.6. „Kannatati hambad ristas“ - depressiivsete eakate suure hulga põhjused Eesti ühiskonnas

Faktiga, et depressiivsete eakate hulk Eestis on suur, oli nõus iga intervjuueeritav ning selle põhjused on spetsialistide arvates mitmekesised. Arvati, et valdavalt on põhjuseks üksildustunne, sest see on vanemaealiste puhul kõige suuremaks ohufaktoriks, millele depressioon hakkab ennast üles ehitama: *„On inimesi, kes elavad aastakümneid ühetoalises korteris ja ei pääsegi sealt välja; Kapseldutakse ära enda pesasse; (...) puuduvad suhted, ei ole sõpru ja ümbruskonnas teised eakaaslased surevad.“* Üksildustunde tekkele aitab kaasa rollikriis. Lähedaste inimeste kaotamise tagajärjel ei suudeta enam leida oma kohta selles elus. Terve elu on pühendatud teiste inimeste eest hoolitsemisele ning nende heaks elamisele, kuid iseennast on selle keskel ära unustatud. Jätkuvuse teooria järgi on inimesed vananedes rahul eluviisiga, millega nad on varasemas elus harjunud olnud. Sellele tuginedes võivad ootamatud muutused viia eakad inimesed kriisi. Samas ei pruugi rollikriis tuleneda leinast, vaid juba tekkinud depressiooni tagajärjel: *„(...) mul on vaja ikka oma lapselaste ja laste eest hoolitseda, kuidas ma siis nüüd enam hakkama ei saa.“* Intervjuueeritavate kogemused depressiivsete eakatega viitavad ängile ja pingele, milles vanemaealised elavad, sest nad kardavad kaotada oma mõtte selles ühiskonnas. Kui terve elu on elatud teiste inimeste nimel ning üks hetk neid enam pole, või siis ei suudeta võrreldes minevikuga samaväärselt elada, satuvad eakad ummikusse ning tekib koormaks olemise tunne. Seda peegeldab ka Eesti ühiskond: *„Eestis on pigem [suhtumine], et eakad on ühiskonnale koormaks, tervise- ja sotsiaalsüsteemile, et nad on igal pool suur kulu.“* Depressiooni põhjused ja probleemi tekkimine on kompleksne ning võib korraga avalduda mitme aspekti koosmõjul.

Vanemaealiste puhul on depressiooni teguritena seotud ka tervis ja vaesusrisk: *„Meil on palju vaesusriskis elavaid vanemaealiseid (...) Euroopas oleme tööhõives vanemaealiste puhul tipus,*

kuid tihti sellepärast, et nad ei saa lubada mitte töötamist.“ Madalate pensionite tõttu peavad eakad inimesed Eestis kauem tööturul vastu pidama, isegi kui tervis pole selleks enam piisavalt hea: „(...) meie vanemate inimeste tervis on teiste riikidega võrreldes üks kõige kehvemaid üldse, palju on kroonilisi haiguseid, tegevuspiiranguid ja puudeid; (...) suur osa [eakatest] töötab krooniliste haiguste kõrvalt.“ Samuti võib madalate pensionite tõttu langeda inimene üksildusse, sest tal ei jätku väikeste säästude ning madalate pensionite tõttu piisavalt majanduslikke ressursse, et ühiskondlikus elus osaleda. Halb majanduslik seis pärsib depressiooniravi saadavust: „Eakatel ei ole materiaalset võimalust minna kuskile teenusele (...) enne peab ta tõestama, et tal on mingisugune [raske] puue.“ Samas on spetsialistid näinud depressiivsete eakate puhul tendentsi, kus puuetega inimesed tegelevad rohkem ka oma vaimse tervisega: „Puuetega inimesed on motiveeritumad [depressiooniga] tegelema, kuna see puue, mis nad saavad, on nendele kasulik, sest nad saavad selle eest puuderahasid.“ Sellest võib järeldada, et kui vanemaealisel generatsioonil oleks rohkem majanduslikke võimalusi, oleksid nad rohkem motiveeritumad tegelema vaimse tervise heaoluga. Riik võiks siinkohal ulatada abikäe ning luua rohkem riigipoolt finantseeritud teenuseid, sest see võiks potentsiaalselt tõsta eakate inimeste aktiivsust depressiooniga tegelemisel ning aidata kaasa probleemi teadvustamisele.

Tänapäeva vanemaealiste depressiooni juured ulatuvad kaugele minevikku. Sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid leiavad, et Nõukogude aeg on mõjutanud eakaid nii vaimselt kui füüsiliselt: „Nõukogude aeg on üks põhjus, miks meie vanemaealiste tervised on kehvad; oligi selline suhtumine, et ei maksa viriseda, tuleb tööd teha, hakkama saada ja lapsed üles kasvatada; (...) [mõju on avaldanud] ka see, kuidas oma elumuredega on õpitud toime tulema alates Nõukogude ajast, mil tegelikult hambad ristis kannatati.“ Samuti pärinevad sellest ajast hoiakud, mis raskendab tänapäeval eakate ravi, kuna vaimse tervise probleeme Nõukogude Liidus väidetavalt ei eksisteerinud: „Nõukogude Liidus teatavasti ei olnud mitte ühtegi depressioonihaiget – tegelikult seda ei diagnoositud – aga [vana aja] uskumus on nii tugev, et depressioon on moehaigus ja seda pole tegelikult olemas.“ Keeruline ei olnud ainult vene aeg, vaid ka taasiseseisvumine, mis keeras inimeste elud pea peale: „90ndad oli Eestis täielik wild-wild west, väga stressirohke; Nad olid harjunud oma süsteemidega ja olid seal ennast kuidagi ära positsioneerinud ja siis korraga tuli kõik ümber mõelda ja nad endale seal enam päris õiget kohta ei leidnudki.“ Nõukogude Liidu ajal oli inimestel põhimõte, kus enda asjadest ja probleemidest teistele ei räägitud ning Eesti ajal ei osatud sellistel teemadel sõna võtta, kuna keegi ei olnud inimesi õpetanud seda tegema. Samuti on Eesti pidanud peale taasiseseisvumist

hakkama vaimse tervise sektorit nullist üles ehitama: „*Vaimne tervis on kahjuks stigmatiseeritud valdkond ning praegu üritame teha pikkade sammudega neid arenguid, mis meil jäid vajaka pika [Nõukogude ja taasiseseisvumisjärgse] aja jooksul.*“ Eesti pidi taasiseseisvununa hakkama lagunenenud NSVL-i rusudest ennast uuesti üles ehitama ning uue riigi puhul on vaimse tervise sektor suure tõenäosusega madala prioriteediga, mistõttu jääme selles vallas heaoluriikidele praeguse seisuga tugevalt alla.

Tulevik tundub uurimuses osalenud spetsialistide arvates olevat helge, kuna depressioonist on hakatud palju rohkem rääkima: „*(...) need inimesed, kes on praegu teadlikumad, on ka tulevikus teadlikumad ning otsivad ehk rohkem abi.*“ Põhjus, miks eakate depressiooniga tegeletakse vähe, on see, et vanemaealised ei tunnista probleemi olemasolu: „*(...) laste vaimse tervisega on nii palju tegeletud, väga suured toetused on taha pandud, sest lapsevanemad on kõva häält teinud – vanurid ise ei tegele selle probleemiga, vaid istuvad vaikides ja kannatavad.*“ Siinkohal on suur töö vaja ära teha riigil, sest nagu eelnevalt mainitud, on ennetus- ja teavitustöö seni jäänud tagaplaanile. Samuti soovitatakse muuta hooldekodude ja riigi vaadet ühistegevustele meelelahutuselt vajalikule ressursile, et vaimne tervis püsiks heal tasemel, mistõttu on vaja leida rohkem majanduslikke ning sotsiaalseid ressursse: „*Hooldekodudes võiks suund olla sinna poole, et hoida [eakaid] tegevuses, praegu läheb kogu ressurss põhivajaduste tagamisele ning neil ei olegi aega ega jõudu midagi meeletult korraldada.*“ Samas teadvustatakse seda, et vaimse tervise probleeme ei ole võimalik lõplikult lahendada: „*(...) võimalik on saavutada seda Lääne-Euroopa depressioonitaset (...) aga ega ta päris ära ei kao, see on selge.*“

Depressiivsete eakate suure hulga põhjuseid on mitmeid ning need ulatuvad sotsiaalsest isoleeritusest minevikus kogetud elumuutvate sündmusteni välja. Vaimne tervis oli Nõukogude Liidu ajal stigmatiseeritud valdkond ning viited sellistele hoiakutele küündivad tänapäevani. Inimeste elud olid pidevas muutumises ka taasiseseisvumise perioodil, mille tagajärjel ei leidnudki mõni inimene enam oma kohta uues ühiskonnas. Hambad ristis on kannatatud juba piisavalt ning esimesi ärkamisaja märke näitavad nüüdisaja noored, kes näevad probleemi ja tahavad sellega tegeleda. Nüüd on aeg üles leida ka vanemaealine generatsioon.

4. Arutelu

Antud peatükis on esitatud peamised uurimuse tulemused, mis on kõrvutatud teoreetilise raamistiku ja autoripoolsete kommentaaridega. Arutelu on kasutatud kümne sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialisti teadmisi ja kogemusi ning keskendun peamiselt definitsiooni puudumisele, aladiagnoosimisele ning ühiskonna arenguetaappide mõjudele.

4.1. Ühise definitsiooni puudumise tagajärjed

Depressioon, kui vaimse tervise probleem, on vaimse tervisega tegelevate inimeste vahele lõonud kiilu. Mõned peavad seda haiguseks, teised inimesed häireks ning kolmandad kasutavad depressiooni kirjeldamiseks muid väljendeid. Depressiooni esinemisel ei jätku inimesel piisavalt dopamiini, serotiini ja noradrenaliini, kuid ei teata, kas ajukeemia muutus on tingitud depressioonist või vastupidi (McKenzie, 2010). Kliinilise depressiooni puhul on aju biokeemiat keeruline ainult teraapiaga muuta ning võetakse kasutusse antidepressandid – tegemist on väga tugevatoimeliste ravimitega, mistõttu võiks eeldada, et terved inimesed selliseid tablette võtma ei peaks ning tegemist on raske seisundiga, mida võiks haiguseks pidada. Samas, täielikku selgust ei ole depressiooni defineerimisel veel tekkinud. Perearstidele suunatud depressiooni ravijuhendi järgi peab depressiooni diagnoosimiseks esinema kahe nädala jooksul vähemalt kaks põhi- ja kaks lisasümptomit (Kleinberg, jt., 2011). Samas ei pruugi RHK kriteeriumid üksikjuhtumite puhul anda täielikku pilti inimese depressiivsuse tasemest, mistõttu võivad tekkida vale- ja aladiagnoosid. Samuti on oma roll ühiskonna suhtumisel eelmainitud probleemi.

Esiteks, arvatakse, et depressiooni puhul on tegemist moehaigusega. Intervjueeritavad leidsid, et noored võtavad ise seisukoha, et neil on depressioon, kuid RHK kriteeriumite alla nad tihtipeale ei lähe. Samas on noorem vanusegrupp vaimse tervise probleemidest teadlikumad ning ei häbene nendest rääkida, kuid vanemaealised peavad seda tabuks. Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna peaspetsialisti Käthlin Mikiveri sõnul kasvas aastatel 2012-2016 esmakordne meeleoluhäiretega arsti juurde pöördumine 15-19 aastate seas 358lt noorelt 548 inimeseni (Pärli, 2018). Põhjuseid selleks võib otsida sotsiaalmeedia võidukäigust, popkultuurist või suurenenud teadlikkusest läbi ennetustöö mõju, kuid kui vanem generatsioon ei tunnista probleemi olemasolu, võib see jätta abivajavad noored üksi. Teisest küljest, endale

põhjendamatult depressiooni sildi külge kleepimine pärsib inimeste suhtumise muutust depressiooni kui tõsisesse probleemi. Depressiooni defineerimine erineb nii vaimse tervise sektoris kui ka tavainimeste puhul erinevates vanusegruppides. Piisab ühest vanusegrupist, mis ei mõista õigesti depressiooni olemust ning see paneb veerema lumelaviini, mille tagajärjel hakatakse ennast valesti diagnoosima või aladiagnoosima ning tekivad hoiakud, mis viitavad sellele, et vanemaealiste depressioon on paratamatu

4.2. Vaimse tervise sektori alarahastus loob soodsa keskkonna aladiagnoosimisele

Vanemaealiste depressiooni jaoks mõeldud ravi ja hooldusvõimalused on alarahastatud ning ei ole piisavalt kättesaadavad. Praegu on tervishoiusüsteemist puudu 43 psühhiaatrit, et psühhiaatria eriala arengukava järgi saavutaks Eesti riik ootuspärase psühhiaatriate arvu, milleks on 260 inimest, kuid arvesse tuleb võtta, et suur osa psühhiaatritest on juba pensioniealised või lähiajal antud vanusesse jõudmas (122 psühhiaatrit on vanuses 55+) (Sotsiaalministeerium, 2019). Psühhiaatrite ja psühholoogide järjekorrad on mitu kuud pikad ning kui majanduslikult ei ole võimalik vanemaealisel inimesel ravi eest maksta, et kohe vastuvõtule pääseda, ei hakata ka nii pikas järjekorras istuma. Samuti tundsid mõned uurimuses osalenud sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid, et depressiooniga tegelevate inimeste väljaõppes ja kompetentsuses ei saa alati kindel olla. Seda kõike toetab 2009-2020 rahvastiku tervise arengukava, mis väidab, et vaimse tervise teenuste süsteem on killustunud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele (Sotsiaalministeerium, 2012). Depressioon arvatakse olevat üks enim aladiagnoositud haiguseid, sest lisaks isikutele, kes ei otsi abi, võib abi andjatel olla aega või oskusi selle diagnoosimiseks vähe (Kleinberg, 2014). Vanemaealistel on rohkem füüsilisi ja mäluga seotud sümptomeid kui noortel ning seda ei osata seostada vaimse tervisega. On leitud, et ligi 69% depressiooni sümptomitest on kehalised, mistõttu on depressioon suure tõenäosusega aladiagnoositud (Simon, jt., 1999).

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse psühholoogi ja pereterapeudi Kristel Altmäe sõnul on depressiooni ja ärevushäirete puhul ainult ligi 40% tööandjatest valmis nende häiretega inimestele tööd pakkuma (Altmäe, 2014). Sellest võib järeldada, et eelkõige eakad, kes peavad madalate pensionite tõttu võimalikult kaua tööturul vastu pidama, ei ole huvitatud depressiivsete episoodide tekkel arsti juurde minema. Samuti ei taheta kaotada oma ühiskondlikku rolli ja mõtet, sest eakate puhul on ühiskonnas suhtumine, et nad on igal pool suureks kuluallikaks. Kaasa tuleb aidata sellise mõtteviisi ümberkujundamisele, sest tervelt

elavate eakate puhul ei vasta eelmainitud väide tõele. Eelmainitud olukord võib aga tekkida depressiooni põdevate eakate näitel, kes külastavad sagedamini arsti, vajavad enam kiirabiteenuseid, kasutavad rohkem ravimeid, tekitavad suuremaid ambulatoorseid kulutusi ning viibivad kauem haiglaravil (Lima & Mintzer, 2013).

Rahvastiku tervise arengukava keskendub pigem laste ja noorte tervisele ning uurimuses osalejad leidsid, et me peame riigina mingi hetk otsustama, et on vaja tegeleda kõikide vanuserühmadega. Teavitus- ja ennetustöö ei ole hetkel vanemaealisele vanusegrupile piisav. Eakad inimesed ei julge probleemi tunnistada ning kui riigil on sarnane suhtumine, siis kaovad abivajavad inimesed kaardilt, neid ei ole võimalik diagnoosida ning reaalne probleemi ulatus jääbki selgusetuks.

Üksildus on üheks põhilisemaks depressiooni põhjustajaks vanemaealiste hulgas. Hiinas (2014) ja Hispaanias (2017) läbi viidud uurimustest selgus, et üksildastel vanemaealistel inimestel on suurem tõenäosus kannatada depressiooni käes ning sotsiaalsel võrgustikul on suur tähtsus kaitsmaks inimesi vaimse tervise probleemide eest. Üksilduse ja depressiooni riskitegurid on sarnased ning need puudutavad nii üksi elavaid eakaid kui ka hooldekodudes viibivaid vanemaealisi inimesi. Spetsialistide ajapuuduse või teadmatuse tõttu on jäänud mitmed sekkumisvõimalused depressiooni tõkestamiseks vanemaealiste hulgas täielikult kasutamata. Vaimse tervise strateegia (2016) järgi ei ole erinevates valdkondades toimuvad tegevused ja sekkumised strateegiliselt planeeritud ning nende tulemuslikkuse hindamine on puudulik. Psühhosotsiaalsed sekkumised, mis on suunatud sotsiaalsete kontaktide ja suhete edendamiseks, aitavad ennetada eakate depressiooni (Crellin & Orrell, 2013). Nende hulka kuuluvad näiteks võimlemine, mälestuste jagamise teraapia, laulmine ja aiatööd. Brasiilias läbi viidud kunstiteraapia eksperiment andis depressiivsete vanemaealiste puhul häid tulemusi (Ciasca, 2017). Need võisid küll peegelduda selles, et vaimse tervise probleeme põdevad inimesed said kunstiringis ühiselt koos aega veeta, kuid sellest võib järeldada, et eakate ühistegevustel on suurem eesmärk kui lihtsalt meelelahutus. Sotsiaaltöötaja roll on inimeste vaimset tervist edendada, ennetada, toetada ning vajadusel edasi suunata vastavate spetsialistide juurde. Kuna sotsiaaltöötajatel ei ole voli ravimeid välja kirjutada, siis erinevates asutustes töötavad eelmainitud inimesed saavad sekkuda just psühhosotsiaalselt, korraldades erinevaid tugigruppe ja ühistegevusi, et vanemaealistel oleks kellegagi suhelda ning vananeda aktiivselt. Viimasel ajal üha arenev MTÜ-de ja teiste vabatahtlike projektide tegevus võib lähitulevikus probleemi leevendada, kuid sotsiaaltöötajad ning vaimse tervise spetsialistid peaksid samuti oma panuse sellesse anda.

4.3. De jure EV, de facto ENSV

Tänapäeva vanemaealiste depressiooni põhjuseid võib leida juba vene ajast. Intervjueeritavad leidsid, et Nõukogude aeg on üks põhjus, miks vanemaealiste tervis on kehv. Terve elu on elatud teiste jaoks, et abikaasal või lastel oleks kõik hästi, aga ennast on sageli ära unustatud. Mõju on avaldanud ka see, kuidas on oma elumuredega õpitud toime tulema. Näiteks, aastal 1980 tarbiti Eesti NSVs 10.6 liitrit absoluutset alkoholi ühe elaniku kohta (Arusaar-Tamming, 2007). Samade andmete järgi langes tänu Mihhail Gorbatšovi alkoholipoliitikale 90ndate alguseks 6.6 liitrile, kuid aastaks 2018 on see uuesti tõusnud 8.4 liitrile puhtale alkoholile – kusjuures, Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on 6 liitrit piiriks, millest alates tekivad rahva tervisele olulised kahjud (Orro, jt., 2019).

Tartu Ülikooli sotsioloogia doktorant Merle Purre usub, et endistes Nõukogude Liidu riikides on arvamusi seoses vaimsete häirete ning nende raviga mõjutanud psühhiaatria poliitiline kuritarvitamine, mille eesmärgiks polnud ainult teisitimõtlejate eraldamine kinnisesse vaimuhaiglasse saatmise kaudu, vaid ka üldsusele mulje loomine, et teisitimõtleja on vaimuhaige (Purre, 2016). Eesti sünonüümisõnastiku andmebaasist võib siiani leida, et sõna „psühhiaater“ kõnekeelseks väljendiks on sõna „hulluarst“. Ka antud uurimuses osalenud eksperdid leidsid, et tänapäeva vanemaealiste põlvkonnal on selline suhtumine, et kui nad lähevad psühholoogi juurde, siis nad on hullud. Vanast ajast säilinud arvamus on nii tugev, et siiani peetakse vaimse tervise probleemidest rääkimist tabuks.

Raskusi ei tekitanud inimestel vene aeg, vaid ka taasiseseisvumine, sest ühiskond muutus täielikult, kõik tuli korraga ümber mõelda ning näiteks majandites töötanud inimesed kaotasid töö ja jäid ühiskonna mõttes raskesse olukorda. Töötuse määr oli aastal 1992 napilt alla 4% ning see tõusis 2000. aastaks 13.6%ni (Venesaar, jt., 2004). Siirdeperioodil suutsid nooremad põlvkonnad kiiremini kohaneda ühiskondlike muutustega, kuid vanemate generatsioonide esindajad jäid paljuskki truuks vanadele harjumustele ja eelistustele (Kalmus, jt., 2017).

Eesti vaimse tervise sektor on siiani lapsekingades, sest taasiseseisvumise ajal peeti kõige olulisemaks esialgu majandusreformi läbiviimist, mille peale uus riik üles ehitada. Suitsiiditase on Eestis endiselt kõrge, aina suurem hulk noori saab depressiooni diagnoosi ning vanemaealiste vaimse tervise probleemid on jäänud suures osas märkamata. Demirikan (2010) leidis, et depressioon võib edasi kanduda ka geneetiliselt, mistõttu võivad vene aja raske elu peegelduda tänapäeva noortes läbi geneetilise nn „pärandi“. Vene ajast tulenevalt ei ole keegi jaganud õpetussõnu, kuidas väärikalt vananeda, vaid õpime eeskujudest, kelleks üldiselt on

eelneva generatsiooni lähisugulased. Kui aga nemad ei teadvusta, et depressioon ja vananemine ei käi omavahel kokku, võib põlvest põlve esile kerkida arusaam, et vanemaealiste depressioon on paratamatu.

Eesti kirjandustegelaselt Gustav Suitsult pärineb kuulus üleskutse: „Olgem eestlased, aga saagem ka eurooplasteks!“ Peale NSVL-i lagunemist oli Eestil võimalus eelmainitud luuletaja soovi teostada, kuid sellega kaasnesid omad probleemid, mille mõju oli tegelikkuses tunda juba vene ajal. Oma riiki läänelikult üles ehitades jõudis Eesti koos teistega riskiühiskonda, mis tähendab seda, et modernne ühiskond toodab STEM valdkonda arendades juurde uusi riske (Beck, 1992). Ühiskond on silmitsi ohtudega, mille olemasolu lähiminevikus veel oodata ei osanud. Riskiühiskonna üks tagajärg, milleks on majanduslik ebavõrdsus, haakub kapitalistliku mõtteviisiga, kus võidab see, kellel on surres rohkem asju. Majanduslik ebavõrdsus 1% enimteenivate inimeste ja ülejäänud ühiskonna vahel paneb inimesi püüdma midagi, mida nad suure tõenäosusega mitte kunagi kätte ei saa. See mõjub nende vaimsele tervisele rüsuvalt. Riskiühiskonnaga kaasnevaid probleeme on aga teisigi, nagu näiteks ületarbimine, mida iseloomustavad massiivsed prügisareed ja reostused maailmavetes ning GMO kasutamine toitudes, kiire e-teenuste areng, mis tõi Eestis päevavalgele ID-kaartide ja Smart ID turvaaugud, kui ka globaliseerumine, tänu millele arenes 2020. aasta kevadel võimalik Covid-19 viirushaiguse levik pandeemiaks. Üksildased inimesed tõlgendavad suurema tõenäosusega ennast ümbritsevat maailma ähvardavana ning nad ei tunne oma elu üle täielikku kontrolli (Cacioppo & Hawkley, 2009). Ühiskonna arengut vaadates võib väita, et elu ei olegi enam täielikult üksikindiviidi enda kontrolli all ning vaimse tervise probleemidega inimesi mõjutavad sellised muutused rohkem kui teisi (Eriksson & Hummelvoll, 2008). Depressioon ei ole moehaigus, vaid reaktsioon nii iseenda majanduslikule, emotsionaalsele ja füüsilisele seisundile, kui ka enda elus ja kogu ühiskonnas asetleidvatele muutustele. STEM valdkond areneb aga igapäevaselt edasi, mistõttu võib väita, et lähitulevikus ootab tervet maailma nii tehnoloogilisel kui sotsiaalsel tasandil ees suured muutused ning seetõttu on vaja rohkem tähelepanu pöörata ka ühiskonnaliikmete vaimsele tervisele.

4.4. Töö edasiarendamise võimalused

Oma magistritöös uurisin eakate depressiooni läbi sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide kogemuse. Esialgu oli plaanis uurimusse kaasata ka depressiooni põdevaid või läbi põdenud eakaid ning ravi kulgu kõrvalt näinud lähedasi inimesi, kuid üleriigilise eriolukorra tõttu pidin

töö fookust muutma. Arvan, et tööd saaks edasi arendada ka eelmainitud gruppe kvalitatiivse meetodiga uurides. Erinevatest statistilistest andmetest saab nii mõndagi välja lugeda, kuid läbi intervjuude oleks võimalik koguda spetsiifilisemaid andmeid. Vanemaealiste inimeste kogemus võib paremini välja tuua vaimse tervise sektori kitsaskohad ning tegurid, mida võiks arendada või paremini teostada. Samuti annaks depressiivset eakat kõrvalt näinud lähedaste inimeste kogemused parema pildi vaimse tervise probleemi arenemisest ning anda näpunäiteid, kuidas eaka inimese ravile suundumist motiveerida.

Teiseks võimaluseks on uurida ravimeetodite tõhusust näiteks alternatiivsete võtete kasutamisel. Taolised sekkumisviisid ei pea kuulima ainult arstide poolt kasutatavate meetodite arsenalile, vaid neid võiks heade tulemuste korral integreerida ka hooldekodude igapäeva tegevustesse, et potentsiaalse depressiooni levikut tõkestada. Näitena võib tuua Chani ja ta meeskonna (2010) proovitud muusikateraapia või Ciasca (2017) läbi viidud eksperiment kunstiteraapia kasutamisel. Tallinna Ülikooli magistrant Eva Raun (2017) katsetas kunstiteraapia rakendamist depressiooni tugigrupis, kus olid inimesed vanuses 27-58 ning tema tulemused näitasid kerget tendentsi depressiooni näitajate vähenemisele ja heaoluindeksi tõusule, mis polnud aga statistilised olulised. Selliseid võtteid võiks rakendada ka töös vanemaealistega seas ja suurema valimiga, et leida uusi võimalusi ja viise, mida depressiooni korral praktiseerida. Rauni eksperiment hõlmas juba depressiooni diagnoosi saanud inimesi, kuid seda võiks läbi viia ka ilma diagnoosita inimeste peal. Samuti võiksid sellised ideed tõestada riigile, et vanemaealiste hobi- ja huvitegevuste eesmärk ei ole ainult meelelahutus, vaid ka vaimse tervise heaolu edendamine läbi sotsiaalsete tegevuste.

Kokkuvõte ja järeldused

Antud uurimise eesmärgiks oli anda ülevaade depressiooni põdevate eakate olukorrast ja ravivõimalustest Eestis läbi sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide kogemuste. Magistritöös on keskendunud eelmainitud spetsialistidele, sest nemad töötavad ja puutuvad depressiivsete vanemaealistega otseselt kokku ning näevad ühiskonnas oleva probleemi reaalsust mastaapsust kõige lähedamalt.

Töö eesmärgi saavutamiseks otsiti vastuseid järgnevatele küsimustele:

1. Kuidas tunnetavad sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistid eakate inimeste depressiooni kõrget taset oma igapäevatoos? Uurimuses osalenud spetsialistid leidsid, et reaalsuses on depressiivsete eakate arv tunduvalt suurem kui statistilistest andmetest välja võib lugeda. Eakad inimesed tihtipeale ei kurda oma probleeme ning füüsilist tervist mõjutavate murede tagant ei osata depressiooni leida. Statistika ja reaalsuse lahkeli allikaks on depressiooni aladiagnoosimine, mille põhjuseid on mitmeid: näiteks, ekspertide poolt määratlemata depressiooni definitsioon, ühiskonnas levivad stereotüübid ja tabud, vanemaealiste inimeste varasemalt väljakujunenud hoiakud, spetsialistide puudus ning riigi suhtumine probleemi olemasolusse.

2. Millised on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates eakate depressiooniravi murekohad? Magistritöös osalenud intervjuueeritavad leidsid, et abivajavad inimesed ei pruugi saada kvaliteetset teenust, sest tervishoiusüsteem on lõhenenud ning sotsiaaltöötajatel ning vaimse tervise spetsialistidel ei ole aega juhtumipõhiselt süvitsi probleemile läheneda. Tugevatoimelisi ravimeid kirjutatakse kergekäeliselt välja ning vanemaealised inimesed ei ole teadlikud teistest ravivõimalustest, või ei ole neil nende jaoks majanduslikku ega füüsilist võimekust. Riigipoolne fookus on põhiliselt suunatud noortele, mistõttu ei ole eakatele mõeldud sekkumisviisid riiklikul tasandil läbi mõtestatud ning olemasolevad teenused on alarahastatud. Samuti käsitletakse vanemaealiste ühis- ja hobitegevusi kui meelelahutust, mitte üksilduse ja depressiooni leevendusviisi.

3. Mis on sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide arvates depressiooni põdevate eakate inimeste suure hulga põhjused Eesti ühiskonnas? Valdavalt pidasid uurimuses osalejad peamiseks põhjuseks üksildust, kuid allikaid on palju, ulatudes sotsiaalsest isoleeritusest minevikus kogetud elumuutvate sündmusteni välja. Vene ajast tulenevalt ei ole keegi õpetanud,

kuidas väärικalt vananeda, vaid selle kulg kujuneb kogemuspõhiselt eeskujude järgi. Samuti ei ole riik piisavalt panustanud vaimse tervise sektorisse, spetsialiste on puudu ning järjekorrad on mitu kuud pikad. Oma rolli mängib ka riskiühiskond, mille järgi toodab modernne ühiskond STEM valdkonda arendades juurde uusi riske. Elu ei ole enam enda kontrolli all ning vaimse tervise probleemidega inimesi mõjutavad sellised muutused rohkem kui teisi. Depressioon on reaktsioon nii iseenda majanduslikule, emotsionaalsele ja füüsilisele seisundile, kui ka enda elus ja kogu ühiskonnas asetleidvatele muutustele.

Saadud tulemustest lähtuvalt on esitatud järgnevad ettepanekud ja küsimused:

- Hooldekodud vajavad rohkem majanduslikku ja füüsilist ressursi, et lisaks inimese esmavajaduste täitmisele oleks võimalik psühhosotsiaalsete võtetega tõkestada üksilduse ja depressiooni kulgu ning levikut.
- Teostada tuleb audit, mis uuriks ravimite väljakirjutamist ning sekkumisviiside tõhusust erineval depressioonitasemel olevate vanemaealiste hulgas.
- Uurida võiks alternatiivsete võtete efektiivsust, et neid oleks võimalik integreerida grupiteraapia vormis sotsiaaltöötajate igapäevatöösse.
- Läbi võiks viia kogemuspõhine uuring vanemaealiste hulgas, mis võib paremini välja tuua sotsiaaltöö ja vaimse tervise sektori kitsaskohad ning tegurid, mida võiks arendada või paremini teostada.

Kasutatud kirjandus

Alexopoulos, G. S. (2005). *Depression in the Elderly*. Lancet 365 (9475), 1961–1970. DOI: 10.1016/s0140-6736(05)66665-2

Altmäe, K. (2014). Psühholoog: iga psüühikahäire taga on inimene. *Postimees*, 21. oktoober. Kasutatud 16.05.2020, <https://tervis.elu24.ee/2960981/psuhholoog-iga-psuuhikahaire-tagainimene>

Arusaar-Tamming, K. (2007). 1985. aasta nõukogude alkoholipoliitika ja selle tagajärjed Eesti NSVs. *Mäetagused*, 36, 35-58. DOI: doi:10.7592/MT2007.36.arusaar

Atchley, R. C. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29 (2), 183-190. DOI: 10.1093/geront/29.2.183

Bryman, A. (2012). *Social research methods: 4th Edition*. New York: Oxford University Press Inc

Cacioppo, J. T. & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness. M. R. Leary & R. H. Hoyle, (Toim) *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (lk 227-240). The Guilford Press

Chan, M. F., Chan, E. A. & Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 150-159. DOI: 10.1016/j.ctim.2010.02.004

Christodoulou, G. N. (2012) Depressioon kui majanduskriisi tagajärg. *Depressioon: üleilmne kriis*. Ülemaailme Vaimse Tervise Föderatsioon. Kasutatud 16.05.2020, https://intra.tai.ee/images/prints/documents/134978104973_Depressioon_yleilmne_kriis_2012.pdf

Ciasca, E. C., Ferreira, R. C., Santana, C. L.A., Forlenza, O. V., dos Santos, G. D., Brum, P. S., Nunes, P. V. (2017). *Art therapy as adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial*. Brazilian Journal of Psychiatry, 40 (3), 256-263. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-2250

Cole, M., G. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1147-1156. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147

Crellin, N. & Orrell, M. (2013). Sotsiaalse sekkumise ja rehabilitatsiooni roll vanurihoolduses. *Vanemaealiste vaimne tervis*. Kasutatud 16.05.2020, <http://www.epry.ee/assets/Uploads/Vanemaealiste-vaimne-tervis.pdf>

Demirkan, A. jt. (2010). Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Molecular Psychiatry*, 16 (7), 773-783. DOI: 10.1038/mp.2010.65

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2017). *Sage Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications

Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J. & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social Network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 381–390, DOI: 10.1007/s00127-017-1339-3

Dover, S. & McWilliam, C. (1992). Physical illness associated with depression in the elderly in community based and hospital patients. *Psychiatric Bulletin*, 16, 612-613. DOI: 10.1192/pb.16.10.612

Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (2016). *Vaimse tervise strateegia*. Kasutatud 16.05.2020, https://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf

Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2008). People with mental disabilities negotiating life in the risk society: a theoretical approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (8), 615–621. DOI:10.1111/j.1365-2850.2008.01276.x

Eurostat (2018). *tespm110: Self-reported unmet need for medical care by sex*. Statistika andmebaas

Forsman, A., Schierenbeck, I. & Wahlbeck, K. (2012). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Ageing and Health*, 23 (3), 387-416. DOI: 10.1177/0898264310378041

Hesse-Biber, S. N & Leavy P (2010). *The Practice of Qualitative Research*. California: Sage Publications

Jõgi, R. A. (2017). *Rände gravitatsioonimudeli headuse testimine Tallinna, Tartu, Pärnu, Narva ja Rakvere näitel aastatel 2012-2015*. Tartu: Tartu Ülikool

Kalmus, V., Masso, A. & Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. Rootalu, K., Kalmus, V. & Vihalemm, T. (Toim) *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Kasutatud 16.05.2020, <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Kalmus, V., Lauristin, M., Keller, M., Kiisel, M., Masso, A., Opermann, S., Vihalemm P. & Vihalemm, T. (2017). Kokkuvõte: Eesti ühiskonda kujundavad protsessid ja tulevikuarengud. P. Vihalemm, M. Lauristin, V. Kalmus. & T. Vihalemm (Toim). *Eesti ühiskond kiirenevas ajas. Uuringu „Mina. Maailm. Meedia“ 2002-2014 tulemused*. Tartu: Tartu Ülikool

Kapsi, K. & Kulev, M. (2015). *Patsiendiinfo: depressioon*. Tartu: Tartu Ülikooli Kliinikum
Kasutatud 16.05.2020, https://haiglateliit.ee/wp-content/uploads/2015/04/patsiendile_014_depressioon.pdf

Karilaid-Vidder, G. & Saar, E. (2016) Eri pensioniliikde saajate vahelised erinevused. L. Sakkeus & L. Leppik (Toim.). *Pilk hallile alale*. Tallinn: Tallinna Ülikool

Katon, W. J., Lin, E. & Russo, J. (2003) Increased Medical Costs of a Population-Based Sample of Depressed Elderly Patients. *Archives of General Psychiatry*. 60(9), 897-903. DOI: 10.1001/archpsyc.60.9.897

Kleinberg, A., Jaanson, P., Lehtmets, A., Aluoja, A., Vasar, V., Suija, K., & Ööpik, P. (2011). Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*, 9(90), 431–446.

Kleinberg, A. (2014). *Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services*. Tartu: Tartu Ülikool

Koenig, H. G., Shelp, F., Goli, V. (1989). Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 599-606. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1989.tb01249.x

Kutti, M. (2018). *Üksildus kui sotsiaalne probleem Viljandi näitel*. Pärnu: Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž

Kurian, B. T., Greer, T. L., & Trivedi, M. H. (2009). *Strategies to enhance the therapeutic efficacy of antidepressants: targeting residual symptoms*. Expert review of neurotherapeutics, 9 (7), 975–984. DOI: <https://doi.org/10.1586/ern.09.53>

Lepik, K. & Strömpl, J. (2014). Põhistatud teooria. K. Rootalu, V. Kalmus, & T. Vihalemm, (Toim) *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Kasutatud 16.05.2020 <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

- Lima, C., A., de M. & Mintzer, J. (2013). *Vanemaealiste vaimne tervis*. Kasutatud 16.05.2020
<http://www.epry.ee/assets/Uploads/Vanemaealiste-vaimne-tervis.pdf>
- Liu, L., Gou, Z & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758. DOI: 10.1177/1359105314536941
- Lo Iacono, V., Symonds, P., & Brown, D. H. K. (2016). *Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews*. *Sociological Research Online*, 21(2), 1–15. DOI:10.5153/sro.3952
- Mann, A.H., Grahm, N. and Ashby, D. (1984) Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London borough. *Age and Ageing*, 113, 257-65. DOI: 10.1093/ageing/13.5.257
- Mathiesen, M. (2013). *Vanemaealiste kehaline aktiivsus ja selle mõju elukvaliteedile*. Tartu: Tartu Ülikool
- McKenzie, K. (2010). *Mis on depressioon*. Eesti Ajalehed AS
- Mental Health Foundation (2016). *Fundamental Facts About Mental Health 2016*. London: Mental Health Foundation
- Modell, J. & Haggerty, T. (1991). The Social Impact of War. *Annual Review of Sociology*, 17, 205-224. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.001225
- Murumaa-Mengel, M. (ilmumas 2020). Ekraanide poolt vahendatud intervjuud ja projektiivtehnikad ning loovuurimismeetodid veebikeskkondades. In: K. Tiidenberg, A. Masso & A. Siibak (toim.) *Andmeühiskonna uurimise meetodid*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- NIMH. *Depression*. National Institute of Mental Health. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- North Tampa Behavioral Health. *Depression in Seniors: Effects, Signs & Symptoms*. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.northtampabehavioralhealth.com/depression/seniors/effects-symptoms-signs/>
- OECD Health Statistics (2018). *Health expenditure per capita, 2017 (or nearest year)*. DOI: <https://doi.org/10.1787/health-data-en>
- Office of Suicide Prevention (2017) *Suicide Among Veterans and Other Americans 2001-2014*. U.S. Department of Veterans Affairs

- Opikova, G. (2019). *Depressiivsuse teke Eesti kesk- ja vanemaealistel SHARE uuringu põhjal*. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
- Orro, E., Martens, K., Lepane, L., Josing, M., Reiman, M & Hansa, A. (2019). *Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2019*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut
- Parekh, R. (2017). *What is depressioon?* American Psychiatric Association. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Puis, L. jt. (2017). *Kokkuvõte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil*. Kasutatud 16.05.2020, <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/13340/8398>
- Praxis. (2017). *Vanemaealised Eestis. Kuidas vananeda aktiivselt ja väärikalt?* Praxis mõttekoda.
- Purre, M. (2016). *Poliitilise psühhiaatria pärand*. Müürileht Kasutatud 16.05.2020, <https://www.muurileht.ee/poliitilise-psuhhiaatria-parand/>
- Pärli, M. (2018). *Eesti teismelistel esineb psüühikahäireid üha sagedamini*. ERR. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.err.ee/840370/eesti-teismelistel-esineb-psuuhikahaireid-uha-sagedamini>
- Raudsik, R. *Depressioonist arsti pilgu läbi*. Jüri Tervisekeskus. Kasutatud 16.05.2020, http://engine.koduleht.net/templates/psy/files/mdl_files.php/depressioonist_arsti_pilgu_labi.pdf
- Raun, E. (2017). *Kunstiteraapia rakendamine depressiooni tugigrupis psüühilise erivajadusega klientide igapäevaelu toetamiseks*. Tallinn: Tallinna Ülikool
- Rogers, A. & Pilgrim D. (2010). *A Sociology of Mental Health and Illness. Fourth Edition*. McGraw-Hill.
- Roodemäe, Ä. (2006). *Vanurite enesetapud*. Tartu: Tartu Tervishoiu Kõrgkool
- Roosipuu, K. (2019). *Üksildusega seonduvad tunnused 50-aastastel ja vanematel inimestel Eestis SHARE andmete põhjal*. Tallinn: Tallinna Ülikool
- Russell, D. W., Cutrona, C.E., McRae, C. & Gomez, M. (2012). *Is Loneliness the Same as Being Alone?* The Journal of Psychology, 146, 1-2, 7-22, DOI: 10.1080/00223980.2011.589414

Saks, K. & Tiit, E. M. (2016). *Tervise subjektiivsed hinnangud*. Sakkeus, L. & Leppik, L. (Toim.). Pilk hallile alale. Tallinna Ülikool

Saarma, J. (1995) *Depressioon*. Tallinn: Valgus

Schwartz, E. & Litwin, H. (2019). Changes in social networks and cognitive declines. Börsch-Supan, A., Bristle, J., Andersen-Ranberg, K., Brugiavini, A., Jusot, F., Litwin, H & Weber, G. (Toim.). *Health and socio-economic status over the life course*. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110617245>

Simon, G. E., Vonkorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329–1335. DOI: 10.1056/nejm199910283411801

Sisask, M. (2018). *Üksindusest ja üksildusest*. Elukaar nr. 08. Kasutatud 16.05.2020, <https://dea.digar.ee/cgi-bin/dea?a=d&d=elukaar20181214.2.5>

Social Policy Association. (2014). *Social Policy Association Guidelines on Research Ethics*. London: SPA Kasutatud 16.05.2020, http://www.social-policy.org.uk/downloads/SPA_code_ethics_jan09.pdf

Solomon, C. G. (2014). *Depression in the Elderly*. The New England Journal of Medicine. 371, 1228-1236. DOI: 10.1056/NEJMcp1402180

Sotsiaalministeerium (2012). *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020*. Kasutatud 16.05.2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

Sotsiaalministeerium (2013). *Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020*. Tallinn: Sotsiaalministeerium. Kasutatud 16.05.2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf

Sotsiaalministeerium (2019). *Vaimse tervise roheline raamat*. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.koda.ee/sites/default/files/content-type/content/2020-03/VTR%20mustandversioon.pdf>

Statistikaamet. *LEM05: Rahvastik leibkondades leibkonna tüübi järgi*. Statistikaamet

Statistikaamet. *SH41: Vähemalt 50-aastased --- Aasta, Isikurühm ning Hinnang tervisele*.

- Statistikaamet. RV56: *Surnud --- Surmapõhjus RHK-10 järgi, Sugu, Aasta ning Vanuserühm*.
- Suga, K. (2012). Aktiivse eaka kaasamine lastega perede toimetuleku toetamisse. S. Väljataga, M. Raias & L. Rumvolt (Toim) *Sotsiaaltöö*.
- TNS Emor (2015). *Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015: uuringu aruanne*. AS Emor
- Ulrich, B. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. California: Sage Publications
- Valma, K. (2018) *Depressiivsus Eesti vanemaealistel*. Tartu: Tartu Ülikool
- Veikesaar, M. L. (2019). *Vanemate meeste tõlgendused surmast ja iseenda surelikkusest*. Tartu: Tartu Ülikool
- Veldi, M. (2003). *Vanemaealiste unehäired*. Eesti Arst: 82 (3)
- Veldre, V., Aaben, L., Nurm Ü-K. (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis
- Kasutatud 16.05.2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/rta-hindamine_praxis_veebr-2017.pdf
- Venesaar, U., Hinnosaar, M., Luuk, M. & Marksoo, Ü. *Pikaajaline töötus Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium
- Walker, Z. & Katona, C. L. E. (1997). *Depression in elderly people with physical illness*. Depression and physical illness. 169-184, West Sussex: John Wiley
- Õiguskantsler (2017). *Ringkiri üldhooldusteenuse osutajale*. Tallinn: Õiguskantsleri Kantslei
- Kasutatud 16.05.2020, https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/Ringkiri%20%C3%BCldhooldusteenuse%20osutajale.pdf
- WHO (2008a). *Enesetappude ennetamine: abiks esmatasandi tervishoiutöötajatele*. Kasutatud 16.05.2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Muud_infot/suitsiidipreventsioon_esmatasandi_tervis_hoiutootajatele_ersi.pdf.
- WHO (2008b) *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Kasutatud 16.05.2020, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

WHO. (2017). *Mental health of older adults*. Kasutatud 16.05.2020, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

WHO. *Health statistics and information systems*. Kasutatud 16.05.2020, <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikool

Yip, P. S., Cheung, Y., Chau, P., & Law, Y. (2010). The Impact of Epidemic Outbreak. *Crisis*, 31(2), 86–92. DOI: 10.1027/0227-5910/a000015

LISAD

Lisa 1. Intervjuukava

Tere päevast. Minu nimi on Robin Aleks Jõgi ning olen Tartu Ülikooli sotsiaaltöö ja –poliitika viimase aasta magistrant. Võtsin teiega ühendust seoses oma magistritöö kirjutamisega, milles uurin eakate inimeste depressiooni.

Lindistan antud intervjuud ning lindistust kasutan ainult intervjuu transkribeerimiseks. Jätaksin intervjuu anonüümseks, kui Teil ei ole vastupidist soovi. Transkriptsioon samuti avalikuks ei lähe, vaid sealt saadud teadmisi ja andmeid kasutan oma magistritöö analüüsimisel. Kas enne intervjuu algust on teil veel küsimusi?

Sissejuhatavad küsimused praeguse ameti/eriala kohta.

PÕHIOSA

I osa – nägemus probleemist

Kuidas suhtute ise depressiooni? Kas olete seda alati pidanud haiguseks? Mis on kujundanud Teie hoiakut depressiooni kui probleemi suhtes?

Kui suur on Teie arvates depressiooni probleem eakate hulgas?

Kas riik on Teie arvates olnud toetav lahendamaks antud probleemi? Pean siinkohal silmas probleemi ennetamist, sellest teadvustamist ning ravivõimaluste tutvustamist.

Missugused on Teie ametikoha tegevused kui kellelgi kahtlustatakse depressiooni olemasolu?

II osa – depressiooniravi

Kuidas töötab depressiooniravi? Kelle juurde peamiselt esialgu pöördatakse ning mis saab edasi?

Kui kiirelt alustatakse enamasti raviga peale esmast arstivisiiti?

Missugune ravimise viis on Teie arvates olnud seni kõige tõhusam?

Missugust ravimise viisi eelistavad eakad ise? Kas pigem psühhoteraapiat, ravimite manustamist, segu esimesest kahest või midagi muud? Miks see võib nii olla?

Kui tihti ja miks alustatakse ravi antidepressantidega? Kas arvate, et ravimeid kirjutatakse liiga kergekäeliselt välja?

Kas antidepressantide kasutamisel olete kohanud juhtumeid, kus eakal inimesel tekivad ravimite võtmisel kõrvalmõjud? Kui jah siis milliseid?

Kuidas toimub depressiooniravi rahastus? Kas seoses raviga suurenevad eakatel rahalised kulutused või on see puhtalt haigekassa rahastada? Kui jah, siis kas eelmainitud kulutused on Teie arvates põhjendatud?

Kas eakate ravi- ja hooldusvõimalused vastavad Teie arvates antud probleemi mastaapsusele? Missugused on Teie arvates probleemkohad depressiooniravi teenuse osutamisel?

III osa – depressiooni põhjused

Missugused on esmased ohumärgid, mis võivad viidata depressiooni esinemisele eakal inimesel? Mis on depressiooni sümptomite erinevused noorel ja eakal inimesel?

Kas Te oskate oma kogemuse põhjal kirjeldada, kuidas toimub eakate hulgas iseendal vaimse tervise probleemi tunnistamine? Kas inimesed märkavad seda endal ise, või palub mõni kõrvalseisja abi otsida?

Kas depressiooni käes vaevlevatel eakatel on depressiivseid episoodide olnud ka varasemas elus või esineb haigus enamasti hilisemas elus esmakordselt?

Kas oskate öelda depressiivsete eakate suure hulga põhjuseid Eesti ühiskonnas?

Missugused on Teie soovitud depressiooni käes vaevlevale eakale inimesele?

Lõpetamine

Kas midagi jäi intervjuu käigus mainimata, mida soovite nüüd lisada?

Tänu sõnad

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Robin Aleks Jõgi

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kas Sinu naaber on veel elus? – Eakate inimeste depressioon Eestis läbi sotsiaaltöö ja vaimse tervise spetsialistide kogemuse“,

mille juhendaja on Hans van Ewijk ning kaasjuhendaja on Reeli Sirotkina,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Robin Aleks Jõgi

25.05.2020